

Tilsynsproblemer med bruk av tvang i sykehjem

- kvalitetssvikt Helsetilsynet ikke kan observere

Steinar Thoresen

August 2006

**Department of Economics
University of Oslo**

Forord

Mange av kvalitetsdimensjonene i sykehjemstjenesten vil være vanskelig for Helsetilsynet å føre tilsyn med fordi de ikke kan observeres for andre enn den som mottar tjenesten. Videre vil tjenestemottakeren i mange tilfeller ikke kunne gi konstruktiv tilbakemelding på sine egne erfaringer og observasjoner på grunn av ulik form for alderssvekkelse. Dette fører til problemer når Helsetilsynet skal innhente informasjon om deler av tjenesteutøvelsen, som for eksempel bruk av tvang. Jeg har selv jobbet i sykehjem i mange år. Jeg hadde derfor et ønske før jeg begynte å skrive oppgaven om å kombinere praktisk arbeid fra sykehjemmet med teoretisk arbeid fra Universitetet. Det har vært krevende, men utfordrende og lærerikt å gjøre et forsøk på å koble disse to verdene sammen.

Jeg vil takke min veileder, Kari Eika ved Økonomisk institutt for god veiledning. Hun har kommet med gode råd og innspill til litteratur, til struktur og avgrensing av oppgaven og faglig kvalitet på språket.

Oslo, 21. august 2006

Steinar Thoresen

Innhold

1.	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling og empiriske motivasjoner.....	1
1.2	Teori.....	1
1.3	Empirisk undersøkelse	2
2.	Teori.....	4
2.1	Innledning.....	4
2.2	Kjennetegn ved sykehjemstjenesten.....	4
2.2.1	Erfaringsgode	5
2.2.2	Måter å påvirke kvalitet - Exit og stemmer	5
2.2.3	Begrenset konsumentsoverenitet.....	5
2.3	Innledning til modellen	6
2.4	Modellen.....	8
2.4.1	Allokering ved fullstendig informasjon	11
2.4.2	Ufullstendig informasjon og offentlig kontrakter	11
2.4.3	Tilsynsenhet/agent koalisjon	13
2.4.4	Resultat.....	17
2.4.5	Resultat fra modell	17
2.4.6	Resultat med erfaringsgode og begrenset konsumentsoverenitet.....	19
3.	Empiriske funn	22
3.1	Innledning.....	22
3.2	Kvalitet i sykehjem og lovverket.....	24
3.2.1	Lov om statlig tilsyn med helsetjenestene og Helsetilsynet.....	26
3.2.2	Sykehjemmet og internkontrollforskriften	27
3.2.3	Lovverket og bruk av tvang.....	27
3.3	Helsetilsynet og informasjon om bruk av tvang.....	29
3.3.1	Bruk av tvang og tvangstiltak.....	29
3.3.2	Enkelthendelser og informasjon om tvang.....	31
3.3.3	Områdeovervåkning og informasjon om tvang.....	32
3.3.4	Systemrevisjon og informasjon om bruk av tvang	32
3.4	Diskusjon.....	35
3.4.1	Kritikk av Helsetilsynet og informasjon om bruk av tvang	37
3.4.2	Metodekritikk	37
3.4.3	Kritikk av fokus på tilsynsoppgaver.....	40
4.	Konklusjon	41
4.1	Viktige funn.....	41
4.2	Stemmer empirien med teorien	41
	Referanser/Litteratur	43
	Vedlegg	49
	A: Bevis for proposisjon 1.....	49
	B: Bevis for lemma 1.....	50
	C: Utdrag fra 19 tilsynsrapporter i Buskerud hvor revisjonskriteriet var ”Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente.”, Statens Helsetilsyn.	52

1. Innledning

1.1 Problemstilling og empiriske motivasjoner

Etter å ha jobbet ved sykehjem de siste fem årene har jeg observert at sykehjemsbrukere er meget sårbare helsetjenestemottakere. Brukerne er i de fleste tilfeller helt avhengig av pleie- og omsorgstjenestene fordi de ikke klarer å utføre disse oppgavene selv. Men de er også sårbare fordi mange av disse brukerne klarer ikke å si ifra hvis de blir feilbehandlet eller opplever kvalitetssvikt. Dette viser tydelig nødvendigheten av å ha et Helsetilsyn som kan avdekke kvalitetssvikt i tjenesten. Sykehjemsbrukerens problemer med å ivareta sine egne interesser kan teoretisk betegnes som begrenset konsumentsoverensettelse (Eika, 2006a). Eika (2006a) viser at det ikke er noen sykehjemsbrukere som selv henvender seg eller klager til pasientombudet i Oslo i perioden januar 2004 til juni 2005.

Disse brukerne er derfor helt avhengig av at Helsetilsynet avdekker denne kvalitetssvikten. Det er ikke uten problemer for Helsetilsynet å avdekke deler av kvalitetssvikten fordi de har ingen muligheter til å observere mange av disse kvalitetsdimensjonene selv. En slik dimensjon vil være å avdekke bruk av tvang. Dette er en type kvalitetssvikt som er utbredt viser forskning (Kirkevold, 2000). Et annet problem er at den vurderingen Helsetilsynet gjør om tjenestekvalitet ikke nødvendigvis er den samme som sykehjemsbrukeren. Jeg vil undersøke om Helsetilsynet henter inn informasjon om bruk av tvang i sykehjem på en tilfredsstillende måte. Jeg vil diskutere om det er åpenbare mangler i måten tilsynet innhenter informasjon om tjenestekvalitet og i den dokumentasjonen som foreligger.

1.2 Teori

Jeg vil ta utgangspunkt i Tirole (1986) som studerer hvordan behovet for en ytre tilsynsenhet påvirker insentivene for å levere vanskelig observerbar kvalitet, og Eika (2006a) som drøfter relevansen av denne modellen for tjenester med begrenset konsumentsoverensettelse. I Tirole (1986) vil det være informasjons- og insentivproblemer som svekker effektiviteten på samme måte som en enkel P-a-modell. Det vil i tillegg være en samhandling mellom

aktørene som kan føre til uheldig samarbeid mellom agenten og tilsynsenheten. Modellen har analysert problemet som asymmetrisk informasjon. Altså at brukeren ikke har nok informasjon til å vurdere kvaliteten på tjenesten. En slik modell kan ikke forklare kvalitetsproblem for erfaringsbasert kvalitetsdimensjoner, for eksempel bruk av tvang. Det er ikke nødvendigvis slik at sykehjem og Helsetilsynet er bedre informert enn brukeren. Brukeren er i prinsippet godt informert om erfaringsbaserte kvalitetsdimensjoner i tjenesten. Brukeren vil allikevel ikke ha muligheter til å bruke denne informasjonen til å bedre sin egen situasjon på grunn av begrenset konsumentsoverensettelse.

Det vil være i brukerens egeninteresse å sikre at agenten leverer varen på en tilfredsstillende måte. At brukerne er avhengig av at andre gjør denne oppgaven øker insentivproblemet i forhold til informasjonsproblemet som ligger til grunn i modellen fordi sykehjemsbrukeren er fullstendig avhengig av at andre fører tilsyn med tjenesten. Brukeren klarer ikke å overvåke og sikre at tilsynet gjør denne jobben tilfredsstillende. Problemet blir hvem skal føre tilsyn med tilsynet å sikre at de gjør jobben tilfredsstillende (Eika, 2006a). Denne avhengigheten av andre er ikke et informasjonsproblem men et problem knyttet til det å ikke kunne handle i egeninteresse, altså begrenset konsumentsoverensettelse. Fordi brukere med begrenset konsumentsoverensettelse har svake stemmer kan de ikke si ifra om kvalitetssvikt, heller ikke for erfaringsbaserte kvalitetsdimensjoner som er viktig i sykehjem, for eksempel bruk av tvang. Dette kan manifesteres som manglende eller dårlig data om erfaringsbasert kvalitet.

1.3 Empirisk undersøkelse

For å diskutere de empiriske funnene fokuserer jeg på følgende spørsmål: Er det åpenbare mangler i måten tilsynet innhenter informasjon om tjenestekvalitet og i dokumentasjonen som foreligger? I så fall er det rimelig å se på dette som tilsynssvikt. Videre vil den dokumentasjonen som foreligger om erfaringsbasert kvalitet ikke nødvendigvis være spesielt nyttig fordi den ikke gir noen relevant informasjon om problemene som foreligger. Jeg redegjør for lovverket som regulerer sykehjemstjenesten og spesielt hva lovverket sier om bruk av tvang i tjenesten. Tvang er utgangspunktet en straffbar handling og en alvorlig kvalitetssvikt, men i enkelte tilfeller nødvendig for at brukeren ikke skal skade seg selv eller andre.

Jeg undersøker hvordan Helsetilsynet innhenter informasjon om kvalitetssvikt i tjenesten og spesielt bruk av tvang. Dels er dette basert på at sykehjemmet selv utarbeider dokumentasjon av hvordan tjenesteutøvelsen foregår, herunder eventuelt bruk av tvang i tjenesten. Jeg tar utgangspunkt i informasjon fra Statens Helsetilsyn og Helsetilsynet i Buskerud gjennom prosedyredokumenter, tilsynsrapporter og forskning fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (Kirkevold mfl, 2000). Jeg gjør også et intervju med en ansatt i Helsetilsynet i Buskerud. Intervjuet supplerer informasjonen fra de skriftlige kildene.

Forskning fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens viser at bruk av tvang er utbredt i sykehjem (Kirkevold mfl, 2000). Tilsynsrapportene jeg har undersøkt viser ingen spesielt høy forekomst av bruk av tvang i tjenesten sammenlignet med forskningen. Videre kom det frem at statistikken og informasjon om hendelsesbasert tilsyn er begrenset. Det fins også begrenset informasjon om klagesaker på dette området og det blir oppgitt at brukere selv aldri klager på bruk av tvang. Dette er en åpenbar svakhet ved Helsetilsynet arbeid med å innhente av informasjon og data om tvang, at det finnes såpass lite informasjon om enkelthendelser. Helsetilsynet har for stort fokus på internkontroll og rutiner og ikke direkte tjenesteutøvelse, også når det gjelder tilsyn med bruk av tvang. Hvis dette stemmer er det en åpenbar svikt fordi man da ikke avdekker ren bruk av tvang. Min enkle undersøkelse tyder på at informasjonen og data Helsetilsynet innhenter er mangelfulle. Videre at de oppgavene Helsetilsynet fokuserer på og de metodene som brukes ikke fungerer tilfredsstillende i enkelte tilfeller. Forskning viser forholdsvis utbredt bruk av tvang og lav dokumentasjon av bruk av tvang. Dette tyder på at Helsetilsynet gjør en mangelfull jobb med å avdekke bruk av tvang. Videre er mangelfull dokumentasjon et argument for at internkontrollen og rutinene som skal forebygge bruk av tvang ikke fungerer.

2. Teori

2.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg beskrive egenskapene til sykehjemstjenesten og til sykehjemsbrukeren teoretisk. Jeg setter opp en prinsipal-agent modell (P-a-modell) med utenforstående tilsynsenhet (Tirole, 1986) som skal belyse noen av problemene ved å føre tilsyn i et sykehjem. For å forstå kvalitetssvikt for erfaringsbaserte kvalitetsdimensjoner må modellen modifiseres. Da tar jeg utgangspunkt i begrepet begrenset konsumentsoverensett (Eika, 2006a).

2.2 Kjennetegn ved sykehjemstjenesten

Sykehjemstjenesten er en problematisk tjeneste å beskrive fordi kvalitet består av mange dimensjoner. Deler av denne tjenesten er ikke spesielt teknisk vanskelig. Dette betyr at man ikke trenger spesielt høy fagkompetanse eller profesjonell ekspertise for å vurdere kvaliteten, for eksempel kvalitetsdimensjoner som er av sosial art. Men disse erfares kun av brukeren selv og er derfor vanskelige å innhente informasjon om for en utenforstående. Man må personlig erfare og observere tjenesten for å kunne gjøre seg opp en oppfatning om den er god eller dårlig. Dette gjør det vanskelig for en utenforstående å gi verifiserbar informasjon om tjenesten videre til offentligheten. Problemet for sykehjemsbrukere er at de mister evne til å ta vare på seg selv. På grunn av begrensede fysiske og psykiske ressurser kan de i liten grad ivareta egne interesser som mottakere, eller forbrukere, av pleie- og omsorgstjenester. Denne begrensede muligheten til å ivareta sine egne interesser innebærer at brukeren har begrenset konsumentsoverensett (Eika, 2006a). De er ikke bare avhengige av andre aktører utfører pleie- og omsorgstjenester for dem. De er også avhengige av at andre aktører overvåker denne tjenesten og fører tilsyn med den for å sikre at kvaliteten overholder de kravene som settes.

2.2.1 Erfaringsgode

Et erfaringsgode er en vare eller tjeneste som det kan være vanskelig å observere kvaliteten på før den er konsumert (Tirole, 1988). En slik tjeneste er individbasert og forskjellige individer vil kunne oppleve samme type tjeneste på ulike måter. Dette fører til at en slik tjeneste kan være vanskelig å verifisere og dokumentere for en utenforstående objektiv instans. I mange tilfeller vil det være kostbart å prøve ut flere typer av samme erfaringsgode. Dette finnes mange eksempler på et erfaringsgode, for eksempel et restaurantmåltid. Kvaliteten på måltidet kan være vanskelig å observere før det er konsumert. På samme måte er sykehjemstjenesten en tjeneste som til en viss grad kan være vanskelig å observere for andre enn den som mottar tjenesten.

2.2.2 Måter å påvirke kvalitet - Exit og stemmer

Økonomiske aktører vil endre sitt konsum hvis de ikke er fornøyd med tjenesten. Når konsumenter står ovenfor utilfredsstillende kvalitet har de to muligheter, de kan bytte/avslutte tjeneste eller de kan klage, altså bruke sin stemme til å påpeke kvalitetssvikt (Hirschman, 1970). Avslutte tjenesteforbruket eller bytte tjenesteleverandør defineres som exit.

Hirschman (1970) definerer stemme som et hvert forsøk på å endre heller enn å flykte fra en tilstand, for eksempel gjennom individuelt eller kollektivt å klage direkte til ledelsen/personellet, klage til høyere myndigheter for å tvinge frem en endring i ledelse/personellet, eller gjennom forskjellige typer tiltak og protester.

2.2.3 Begrenset konsumentsoverensett

Begrenset konsumentsoverensett innebærer at sykehjemsbrukerne har få exitmuligheter og en svak stemme. Brukerne kan altså ikke sikre sine egeninteresser som økonomiske agenter. I sykehjemstjenesten vil dette innebære at brukeren for eksempel ikke klarer å klage ved kvalitetssvikt og ikke klare å komme med konstruktiv kritikk når dette er nødvendig. Dette vil være typisk for brukere med aldersdemens. Disse brukerne er på mange måter maktesløse, de har nedsatt evne til å forstå hva som skjer i omverden og fatte beslutninger

som påvirker deres eget liv. Dette fører til at ved denne type tjeneste er det nødvendig med en utenforstående tilsynsenhet som kan kartlegge kvalitetssvikt og rapportere dette. Graden av begrensingen på konsumentsuvereniteten vil avhenge av allmenntilstanden til brukeren. Dette vil si hvor svekket brukeren er så vel fysisk som psykisk. En bruker med langt fremskredet demens vil for eksempel ha meget liten eller ingen konsumentsuverenitet fordi personen ikke på noen måte kan redegjøre for egne synspunkt.

Begrenset konsumentsuverenitet er en form for markedsskjevhet som blant annet rettferdiggjør offentlige reguleringer (Eika, 2006b). Disse reguleringene skal sikre minimumsstandarder for kvaliteten i tjenestene gjennom lover og forskrifter. Statens Helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene er det organet som skal sikre at disse standardene blir overholdt.

2.3 Innledning til modellen

Jeg vil ta utgangspunkt i Tirole (1986) som studerer hvordan behovet for en ytre tilsynsenhet påvirker insentivene for å levere vanskelig observerbar kvalitet, og Eika (2006a) som drøfter relevansen av denne modellen for tjenester med svak konsumentsuverenitet. Modellen består av tre aktører prinsipalen, tilsynsenheten og agenten. Prinsipalen vil være sykehjemsbrukeren og offentligheten. Brukeren er den som mottar tjenesten og drar nytte av den. Brukeren har begrenset konsumentsuverenitet. Videre vil det være offentligheten som lønner både sykehjem og tilsynsenheten. Tilsynsenheten er Helsetilsynet og agenten er sykehjemmet. I første omgang vil jeg ikke skille mellom bruker og offentligheten. Jeg vil først anta at offentligheten representerer brukerens interesser, og brukerens problem med å kontrollere kvalitet kan analyseres som et informasjonsproblem.

Tirole (1986) er en utvidelse av en enkel prinsipal-agent-modell. Modellen kan ikke sees på som to uavhengige P-a-modeller der prinsipalen står ovenfor to agenter. Det vil være informasjons- og insentivproblemer som svekker effektiviteten på samme måte som en enkel P-a-modell. Det vil i tillegg være en samhandling mellom aktørene. Man må anta at denne samhandlingen kan føre til uheldig samarbeid mellom agenten og tilsynsenheten for å oppnå fordeler på bekostning av prinsipalen. Dette uheldige samarbeidet kan føre til ytterligere ineffektivitet og kvalitetssvikt i tjenesten ved at kvalitetssvikten ikke blir avdekket.

Hierarkiet

Det kan være greit å skille mellom nytteforholdet og informasjonsforholdet i modellen. Nytteforholdet vil si noe om hvem som drar nytte av tjenesten og hvem som utfører det. Dette forholdet i denne modellen består av et trelags hierarki; prinsipal/tilsynsenhet/agent. Prinsipalen kjøper tjenesten av agenten som er den produktive enheten. Agenten velger et innsatsnivå på produksjonen av tjenesten som vil påvirke prinsipalen i form av kvaliteten på tjenesten. Tilsynsenheten er den siste enheten i modellen som samler inn informasjon som skal hjelpe prinsipalen å kontrollere agenten. Informasjonsforholdet sier noe hvem som har mest informasjon tilgjengelig om innsatsen som legges ned for å utføre tjenesten; - dette forholdet ser slik ut agent/tilsynsenhet/prinsipal og offentligheten. Agenten vil ha mest informasjon om innsatsen som blir lagt ned i å utføre tjenesten. Tilsynsenheten overvåker agenten og vil samle inn informasjon om innsatsen til agenten og vil derfor ha informasjon om deler av innsatsen som blir lagt ned i tjenesten. Offentligheten vil igjen ha ennå mindre informasjon om tjenesten og vil være avhengig av tilsynsenheten for å kunne skaffe seg informasjon av interesse om tjenesten. Det vil være offentligheten som kan benytte seg av informasjon om tjenesten og ikke brukeren. Fordi brukeren mest sannsynlig ikke kan handle på egenhånd på grunn av begrensede ressurser.

Det settes opp tre aksiomer:

1. Prinsipalen som mottar tjenesten blir påvirket av agentens aktiviteter og mangler tid og/eller kapasitet til å overvåke agenten
2. Det er ikke effektivt å dele opp tilsynsenhetens jobb til flere tilsynsenheter
3. Tilsynsenheten mangler tid eller ressurser til å drive den vertikale strukturen.

Aksiom 1 forteller hvilken jobb tilsynsenheten har. Det kan være mange forskjellige årsaker til at prinsipalen ikke har mulighet til å overvåke agenten. I sykehjemstilfellet har ikke prinsipalen evne eller ressurser på grunn av alderdom og svekket helse. Man antar videre at tilsynsenheten ikke har andre funksjoner enn som overvåker. Helsetilsynet har også andre oppgaver som å gi råd og veiledning til sykehjemmene. Videre er Statens Helsetilsyns oppgave å komme med reaksjoner når lovbrudd blir oppdaget. I denne oppgaven velger jeg allikevel å kun se på Helsetilsynets rene tilsynsoppgaver. Aksiom 2 sier at det ikke er effektivt å bruke flere tilsynsenheter. Det vil ikke være effektivt med flere slike tilsynsenheter på grunn av blant annet stordriftfordeler ved å føre et tilsyn med en slik tjeneste. Aksiom 3 er satt opp slik at modellen ikke faller ned til en tolags modell der

tilsynsenheten blir prinsipalen og er en realistisk forutsetning for sykehjem. Helsetilsynet er pålagt ved lov å føre tilsyn, men har ikke mandat til selv å drive sykehjemmet.

2.4 Modellen

Prinsipalen: P

Agenten: A

Tilsynsenheten: T

Agenten, A er den produktive enheten. Kvaliteten på tjenesten x , produsert av agenten avhenger av produktivitetsparameteren, θ , og av innsatsen, $e > 0$, agenten utfører oppgaven med:

$$1) \quad x = \theta + e$$

Agentens kostnad av innsats er lik pengeverdien $g(e)$, hvor g er økende, strengt konveks og $g(0) = g'(0) = 0$. Prinsipalen, P oppnår kvalitetsnivå x og agenten mottar en lønn, W . Nyttens av lønnen er en økende, deriverbar og strengt konkav Von Neumann-Morgenstern nyttefunksjon U . Vi antar at det finnes en lønn w slik at:

$$2) \quad \lim_{W \rightarrow w} U(W) = -\infty$$

Agentens forventede nytte er $EU[W - g(e)]$. I modellen vil det være et visst tilbud av agenter med reservasjonslønn W_0 og en reservasjonsnytte, $\bar{U} \equiv U(W_0)$. Agentens deltagelse vil avhenge av betingelsen:

$$3) \quad EU[W - g(e)] \geq \bar{U}$$

Tilsynsenhetens rolle vil bli beskrevet sammen med usikkerheten og informasjonsantagelsene. I første omgang antas det at tilsynsenheten ikke bidrar med noen innsats og mottar lønn S og har en nyttefunksjon V , og forventet nytte er $EV(S)$.

På samme måte som agenten har tilsynsenheten reservasjonslønn S_0 og reservasjonsnytte $V^* = V(S_0)$. Tilsynsenhetens deltagelse vil avhenge av betingelsen:

$$4) \quad EV(S) \geq V^*$$

Man antar at tilsynsenhetens lønn er $S_0 = 0$, fordi prinsipalen ansetter tilsynsenheten av andre grunner enn overvåkningsjobben. Man kan da anta at kostnaden ved overvåkning er lik null for prinsipalen.

Prinsipalen kjøper tjenesten som produseres av agenten. Prinsipalen lager en kontrakt som blir tilbudt til agent og tilsynsenhet. Prinsipalen er risikonøytral med forventet nytte $EU(x - S - W)$.

Usikkerhet og informasjon

Produktivitetsparameter kan ta to verdier θ^* og θ^{**} , slik at $0 < \theta^* < \theta^{**}$, de har navnet lav og høy produktivitet. $\Delta\theta = \theta^{**} - \theta^*$

Det er fire tilstander, indeksert i. Hver i har tildelt en sannsynlighet p_i , slik at $\sum p_i = 1$. Agenten observerer θ før innsatsen blir bestemt, mens tilsynsenheten kan observere θ i to av tilstandene og kan ikke i de to andre.

Tilstand 1: A og T observerer θ^*

Tilstand 2: A observerer θ^* , T observerer ingenting

Tilstand 3: A observerer θ^{**} , T observerer ingenting

Tilstand 4: A og T observerer θ^{**}

For en gitt θ så kan tilsynsenhetens informasjon s ta verdier $\{\theta, \varnothing\}$, hvor \varnothing betyr ingenting.

Tilstandene reflekterer aktørenes tilgjengelig informasjon. Agenten sitter inn med mer informasjon enn tilsynsenheten, som igjen sitter inne med mer informasjon enn prinsipalen/offentligheten. Det antas at agenten vet om tilsynsenheten finner ut den rette tilstand på produktiviteten. Dette vil altså si at sykehjemmet er den aktøren som sitter inne med mest informasjon om sitt eget arbeid og innsatsen det legger ned. Tilsynsenheten vil overvåke denne innsatsen og kvaliteten på arbeidet og vil kunne tilegne seg noe informasjon om arbeidet som blir gjort ved sykehjemmet. Offentligheten vil være den som er dårligst informert om innsatsen som blir lagt ned i arbeidet ved sykehjemmet. Offentligheten mottar

informasjon, r fra tilsynet gjennom en tilsynsrapport eller gjennom annen type informasjon fra tilsynsenheten.

Informasjonen fra tilsynsenheten er verifiserbar i den forstand at dersom produktivitetsnivået blir observert av tilsynsenheten kan informasjonen om dette blir overført til prinsipalen på troverdig og allmenngyldig måte. Prinsipalen ser på informasjonen, r som bevis og blir overbevist om at dette er den rette tilstanden til produksjonen. Tilsynsenheten kan også lyve og annonsere at ingenting er blitt observert, altså skjule informasjon. Det er muligheter for at tilsynsenheten kan annonsere gal tilstand, men dette blir antatt som mangel på observasjon.

Hvis $s = \theta$, så er $r \in \{ \theta, \varphi \}$

og

hvis $s = \varphi$, så er $r = \varphi$

Informasjonen, r kan bli sett på som sluttprodukt av en revisjon av agentens produkt som for eksempel en tilsynsrapport eller annen troverdig informasjon om agentens produksjon.

Tid

Prinsipalen tilbyr en kontrakt til tilsynsenheten og til agenten. Kontrakten spesifiserer lønn S og W som funksjoner av de observerte variablene x og tilsynsenhetens rapport til prinsipalen.

Hvis kontrakten blir akseptert, observerer agenten hvilken tilstand man er i og tilsynsenheten vil kunne observere eller ikke observere avhengig av hvilken tilstand man er i. Agenten velger så sin innsats. x blir realisert og tilsynsenheten produserer sin rapport. Prinsipalen belønner så tilsynsenhet og agent.

Kontrakt \rightarrow A observerer θ og T observerer $s \rightarrow$ A velger $e \rightarrow x = \theta + e$ og T rapporterer r
 \rightarrow Overføringer $S(x, r)$ $W(x, r)$

2.4.1 Allokering ved fullstendig informasjon

For å kunne sammenligne ser jeg først på tilfellet med fullstendig informasjon. Prinsipalen observerer både produksjonstilstanden, θ og innsatsen til agenten, e . Tilsynsenheten har da ingen funksjon og mottar S_0 i alle tilstander. Prinsipalen kan fastsette et optimalt innsatsnivå. Det optimale innsatsnivået e^* maksimerer kvaliteten på tjenesten minus kostnadene ved å utføre innsatsen.

$$5) \quad \text{maksimere } \{\theta + e - g(e)\} \rightarrow g'(e^*) = 1 \text{ for alle } \theta$$

mhp e

Ved en optimal løsning, for en hvilken som helst tilstand, er den marginale kostnaden = marginale gevinsten. Agenten vil få en lønn uavhengig av tilstanden: $W_i = W_0 + g(e^*)$

2.4.2 Ufullstendig informasjon og offentlig kontrakter

Heretter brukes informasjonsstrukturen beskrevet av de fire tilstandene. Først utledes en optimal offentlig hovedkontrakt der sidekontrakter ikke oppstår. Sidekontrakter vil være en kontrakt eller et løfte av formell eller uformell art mellom tilsynsenhet og agent. Disse løftene blir gjort for å kunne inngå et uheldig samarbeid på bekostning av prinsipalens gevinst av tjenesten. I modellen kalles dette samarbeidet for en koalisjon. Slike sidekontrakter spesifiserer en overføring eller en gevinst mellom aktørene som inngår i samarbeidet. Ved å utlede en optimal hovedkontrakt vil slike sidekontrakter ikke bli inngått og det vil da ikke oppstå en koalisjon.

I første omgang antas det at koalisjoner ikke blir inngått. Da vil tilsynsenheten opptre redelig. Hvis man har gitt tilsynsenheten en konstant lønn S_0 er tilsynsenheten fullstendig forsikret og når sin reservasjonsnytte. Prinsipalen kan da få tak i tilsynsenhetens informasjon til en minimumskostnad.

Trelagsmodellen blir til en tolags ved at prinsipalen betaler tilsynsenhetens en konstant sum S_0 og overtar tilsynsenhetens informasjonsstruktur.

Koalisjonsfritt program:

$$6) \quad \text{maksimere } \sum p_i(\theta_i + e_i - W_i), \text{ mhp } W_i \text{ og } e_i$$

gitt

$$7) \quad \sum p_i U[W_i - g(e_i)] \geq \bar{U}$$

$$8) \quad W_3 - g(e_3) \geq W_2 - g(e_2 - \Delta\theta)$$

Agentens individuelle rasjonalitetsbetingelse 7) sier at agenten minst må nå sitt reservasjonsnivå. Agentens insentivbetingelse 8) kommer fra det faktum at prinsipalen har ufullstendig informasjon om hvilken tilstand man er i, når man er i tilstand 3. Agenten kan da alltid bidra med innsats $(e_2 - \Delta\theta)$ i tilstand 3, å påstå at tilstanden er 2, å motta lønn W_2 .

Proposisjon 1

Når koalisjon mangler, vil optimal kontrakt være ekvivalent med optimal kontrakt mellom prinsipal og agent når prinsipalen har tilsynsenhetens informasjonsstruktur. Tilsynsenhetens lønn vil være i S_0 i alle tilstander. Videre:

$$W_3 > W_1 = W_4 > W_2$$

og

$$e_1 = e_3 = e_4 = e^* > e_2^1$$

Fordi tilsynsenheten er redelig i dette tilfellet vil prinsipalen ha full informasjon i tilstand 1 og 4. Optimalt nivå på agentens innsats er da mulig. Optimal forsikring for agenten tilsier samme lønn i disse tilfellene. I tilstand 2 og 3 har prinsipalen ufullstendig informasjon om produksjonen. Agentens lønn må være høyere i 3 enn i 2 for å øke insentivene til å ikke skulke i 3. Ved informasjonsskjjevheter må prinsipalen belønne høy prestasjon og straffe lav. Optimum involverer også ikke-optimal innsats når produktivitetstilstanden er lav. Det blir

¹ Se vedlegg A for utregninger.

mindre attraktivt å skulke i god tilstand for produktivitet (prioritere lavere innsats), når man tar med i betraktning reduksjon i W_2 .

2.4.3 Tilsynsenhet/agent koalisjon

Koalisjoner

Tilsynsenhet og agent kan inngå et uheldig samarbeid. Dette uheldige samarbeidet blir inngått for å oppnå fordeler på bekostning av prinsipalen og jeg velger for enkelhetens skyld å kalle det en koalisjon. Effektene av et uheldig samarbeid mellom tilsynsenheten og agent vil være manipulering av den informasjonen som er tilgjengelig for offentligheten og disse to aktørene deler en gevinst på bekostning av prinsipalen. Manipuleringen kan skje på ulike måter; for eksempel ved at informasjon blir skjult, endret eller at bevis ikke blir forelagt. Meningen med koalisjonen skal være at en eller flere aktører skal tjene på den. En måte å manipulere informasjon er å overse den. Dette kan skje ved at man overser mindre kvalitetssvikt og at disse ikke blir rapportert. En mulighet er å varsle partene om overraskelsesbesøk fra tilsynsenheten. For eksempel hvis helseinspektører ringer dagen før de kommer slik at man er klar over inspeksjonen og har eventuelt mulighet til dekke over kvalitetssvikt. Man kan manipulere informasjon ved å endre eller skjule deler av sannheten. Man fikser altså på informasjonen slik at den skjuler tilfeller av kvalitetssvikt.

Uheldig samarbeid mellom tilsynsenheten og sykehjem kan være av formell eller uformell karakter. Uformelle tjenester kan ta forskjellige former, for eksempel av typen gjensidig beundring og respekt. Det kan være vanskelig å bruke uformelle tjenester som bevis for koalisjoner fordi de er vanskelig å oppdage og måle. Uheldig samarbeid vil gå ut på å ikke avdekke kvalitetssvikt i tjenesten på ulike måter, for eksempel ved å la være å rapportere om kvalitetssvikt i tilsynsrapportene. Ved å ikke avdekke kvalitetssvikt vil man anta enten sykehjem eller helsetilsyn eller begge vil lette sine arbeidsoppgaver.

Modellen utvides ved å tillate koalisjoner mellom tilsynsenhet og agent. Man antar at dette skjer etter at hovedkontrakten er inngått og før usikkerheten er bestemt. Da kan tilsynsenhet og agent inngå en sidekontrakt. Denne kontrakten spesifiserer overføringer $t(x, r)$ fra agenten til tilsynsenheten som en funksjon av x og r . Tilsynsenhetens og agentens

inntekt blir da $\{S(x, r) + t(x, r)\}$ og $\{W(x, r) - t(x, r)\}$. Her blir overføringen spesifisert som en pengeoverføring. Man antar at denne overføringen ikke er synlig for prinsipalen.

Ved en slik koalisjon er ikke lenger proposisjon 1 mulig. I tilstand 4 er tilsynsenheten likegyldig mellom å rapportere det han har observert eller å la være å rapportere, men agenten foretrekker at tilsynsenheten ikke rapporterer. Agenten har et insentiv til å bestikke tilsynsenheten for å hindre en avsløring av at teknologien er favoriserende for agenten.

Generelt vil tilsynsenheten og agenten signere en sidekontrakt som maksimerer $\{W(x, r) + S(x, r)\}$ med hensyn på r ved enhver tilstand og enhver x -verdi.

Problemet med hvordan tilsynsenhet og agent deler overskuddet som sidekontrakten gir er et forhandlingsproblem som man ikke skal gå inn på her. Man vil anta at:

- Tilsynsenhet og agent velger en sidekontrakt som gir en paretooptimal løsning for begge parter
- Hver av de to aktørene kan garantere seg selv et minst like stort utbytte som uten sidekontrakter.

Først utledes betingelsene som den endelige allokeringen skal tilfredsstille; i tillegg til de individuell rasjonalitets- og individuelle insentivbetingelsene kommer koalisjonens insentivbetingelser. Så settes ligningen opp som maksimerer prinsipalens utbytte av tjenestene gitt disse betingelsene. Det tredje skrittet består av å vise at en optimal kontrakt ikke vil generere sidekontrakter mellom tilsynsenheten og agenten (koalisjonsbeviset).

Så utledes betingelsene som tilfredsstill den endelige allokeringen, som blir representert $\{S_i, W_i, e_i\}$ for alle i .

i) Deltagelses eller individuell rasjonalitetsbetingelser for tilsynsenhet og agent må bli tilfredstilt, ellers vil ikke hovedkontrakten bli inngått:

$$9) \quad \sum p_i V(S_i) \geq V^*$$

$$10) \quad \sum p_i U[W_i - g(e_i)] \geq \bar{U}$$

ii) Hvis agenten er i tilstand 3 skal man ikke påstå at tilstanden er 2 (agenten er den eneste aktøren som kan skille de to tilstandene fra hverandre). For å påstå dette må han yte innsats ($e_2 - \Delta\theta$), slik at insentivbetingelsen blir:

$$11) \quad W_3 - g(e_3) \geq W_2 - g(e_2 - \Delta\theta)$$

Når agenten er i tilstand 2, skal heller ikke agenten oppføre seg som om han er i tilstand 3, men denne betingelsen er ikke bindende og vil bli ignorert.

iii) Nå utledes koalisjonens insentivbetingelser. I tilstand 1 og 4 kan tilsynsenheten skjule sin informasjon. Hvis tilsynsenhet og agent velger en paretooptimal sidekontrakt, må den totale lønnen minus kostnadene ved innsatsen i tilstand 1 ikke være lavere enn i tilstand 2. Og på samme måte må ikke lønnen i tilstand 4 være lavere enn tilstand 3.

$$12) \quad S_1 + W_1 - g(e_1) \geq S_2 + W_2 - g(e_2)$$

$$13) \quad S_4 + W_4 - g(e_4) \geq S_3 + W_3 - g(e_3)$$

Det vil også være slik at tilsynsenheten heller ikke kan bestikke agenten slik at agenten oppfører seg som om han er i tilstand 2 når han er i tilstand 3.

$$14) \quad S_3 + W_3 - g(e_3) \geq S_2 + W_2 - g(e_2 - \Delta\theta)$$

Hvis 11) er bindende så reduseres 14) til $S_3 \geq S_2$. Inntil videre kan vi ignorere betingelsene for agentens insentiv i tilstand 2 og koalisjon i tilstand 2. Disse betingelsene vil bli tilfredsstilt ved løsningen av problemet.

Optimal kontrakt for prinsipalen når man antar at ingen koalisjon blir dannet, men med hensyn på betingelsene gitt over gir denne løsningen på koalisjonsprogram:

$$15) \quad \text{maksimere } \sum p_i(\theta_i + e_i - S_i - W_i), \text{ mhp } S_i, W_i \text{ og } e_i$$

gitt

9)-14)

Koalisjonen skader nødvendigvis prinsipalen fordi man må ta høyde for flere betingelser enn i det koalisjonsfrie programmet.

Lemma 1: Løsning for koalisjonsprogrammet²

- a) $S_4 > S_1 > S_2 = S_3$
- b) $W_3 - g(e_3) > W_4 - g(e_4) > W_1 - g(e_1) > W_2 - g(e_2)$
- c) $S_4 + W_4 = S_3 + W_3$
- d) $e_1 = e_3 = e_4 = e^* > e_2$
- e) Alle betingelsene i koalisjonsprogrammet er bindende bortsett fra 12)

Prinsipalen kan ikke håpe på noe bedre enn løsningen til koalisjonsprogrammet, fordi betingelsene må bli tilfredsstilt i den endelige allokeringen. Men hvis prinsipalen tilbyr kontrakten definert ved løsning til koalisjonsprogrammet, er det ingen tilstand som tilsier at den totale lønnen minus kostnadene av innsats blir høyere ved å endre rapporten eller innsats. Konstruksjonen av koalisjonsprogrammet sikrer et forsikringsskjema mellom tilsynsenhet og agent, og prinsipalen kan oppnå løsningen til koalisjonsprogrammet. Dette kalles ekvivalensprinsippet; prinsipalen kan verne seg mot koalisjon mellom tilsynsenhet og agent ved å velge en hovedkontrakt slik at de to andre aktørene ikke inngår i en koalisjon gitt at man kjenner de relevante koalisjonsbetingelsene.

² Se vedlegg B for utregninger, Lagrangeuttrykk og 1. ordensbetingelser.

Proposisjon 2

Når tilsynsenhet og agent inngår i en koalisjon, tilfredsstiller den endelige allokeringen punktene i lemma 1.

Hva skjer så hvis koalisjoner blir inngått? Punkt d) i lemma 1 sier at en skjevhet i innsats kun finner sted dersom produktiviteten er lav og ikke observert av tilsynsenheten. Punkt c) kommer av ligning 13) og at innsats er lik i tilstand 3 og 4. Dette betyr igjen at den totale lønnen er lik i begge tilstandene. Men tilsynsenhetens og agentens individuelle lønn vil variere ut fra hvilken risikoaversjon de har. Poenget er at i tilstand 3 kan agenten si at produktiviteten er lav og tilsynsenheten kan ikke komme med bevis på det motsatte. Agenten må da få en høy lønn slik at han ikke skulker. I tilstand 4, vil optimal forsikring si at agenten får en lavere lønn enn tilstand 3. Tilsynsenheten derimot må ha høyere lønn i tilstand 4 enn i 3 for at agenten ikke skal kunne bestikke tilsynsenheten slik at han skjuler informasjon om produktiviteten. Denne økningen i tilsynsenhetens lønn representerer en kostnad for å skaffe informasjon.³

For å gjøre det mindre kostbart at tilsynsenheten skal avsløre høy produktivitet (tilstand 4), vil prinsipalen ønske å gi tilsynsenheten lavere lønn (S_3), hvis tilsynsenheten observerer ingenting og utbytte er høyt. Tilsynsenhetens lønn i tilstand 3 kan ikke være lavere enn S_2 fra 14), altså $S_3 = S_2$. Denne betingelsen fører igjen til lavere S_2 . Dette forklarer hvorfor tilsynsenhetens lønn i tilstand 1 er høyere enn i tilstand 2, selv om tilsynsenheten er villig til å avsløre lavt produktivitetsnivå.

2.4.4 Resultat

2.4.5 Resultat fra modell

³ Koalisjonens insentivbetingelse i tilstand 1, 12), er ikke bindende. Denne får tilsynsenheten til å avsløre at tilstanden har lav produktivitet. Dette er naturlig fordi agenten ønsker å ha en unnskyldning for lav produksjon. 13) er derimot bindende. Dette tolkes som at tilsynsenheten opptrer som talsmann for agenten.

Sykehjem og tilsyn er bedre informert enn brukeren og offentligheten om innsatsen som legges ned i arbeidet ved å utføre tjenesten. Det vil da oppstå insentivproblemer som vil kunne svekke brukerens nytte av tjenesten. Sykehjemsbrukeren vil ha en egeninteresse av å føre tilsyn med tjenesten og avdekke kvalitetssvikt, og på denne måten å sikre at kvalitetssvikten blir utbedret. Sykehjemsbrukeren har begrensede ressurser til å føre dette tilsynet selv. I modellen er disse begrensede ressursene analysert som informasjonsasymmetri.

Modellen inkluderer en tredje aktør i form av en tilsynsenhet. Denne enheten skal avdekke kvalitetssvikt for brukeren. Denne treaktørmodellen kan ikke analyseres som to uavhengige P-a-modeller mellom (prinsipalen og agenten) og (prinsipalen og tilsynsenheten). Man må anta at det foregår en samhandling mellom aktørene. I modellen kan denne samhandlingen føre til et uheldig samarbeid mellom Helsetilsynet og sykehjemmet. Modellen viser da at sykehjemmet og Helsetilsynet kan inngå et uheldig samarbeid ved å manipulere informasjon. Denne informasjonen blir gitt videre til offentligheten gjennom ulike rapporter. Manipulering av informasjon fører med seg en ineffektivitet av tjenesten ved at kvalitetssvikt ikke blir avdekket. Manipulering av informasjon vil bestå av å skjule, endre eller unnlate informasjon i rapporten. Ved et slikt koalisjonstilfelle blir det innført flere betingelser og begrensningene øker. I modellen ser man hvordan situasjonen endrer seg fra først å ha fullstendig informasjon (maksimere ligning 5). Så ser man på et tilfelle med ufullstendig informasjon hvor det ikke blir inngått en koalisjon (maksimerer ligning 6 gitt 7 og 8 gir proposisjon 1). Og tilslutt ufullstendig informasjon og hvor tilsynsenheten og sykehjemmet kan inngå i en koalisjon (maksimerer ligning 15 gitt 9-14 gir lemma 1 og proposisjon 2). Samarbeidet blir inngått for å oppnå en gevinst på bekostning av brukeren og brukerens nytte synker. Sykehjemsbrukeren vil da oppleve økt kvalitetssvikt i tjenesten. Helsetilsynet vil da unnlate å rapportere om kvalitetssvikt ved å manipulere den informasjonen som blir tilgjengelig. Dette fører til at offentligheten ikke vil få tilgang på informasjon om kvalitetssvikten i sykehjemstjenesten. Offentligheten og brukeren har ikke tilgang eller klarer ikke å bruke informasjon om kvalitetssvikt og vil da ikke kunne utbedre den.

2.4.6 Resultat med erfaringsgode og begrenset konsumentsoverensett

Når man ser på egenskapene til tjenesten og brukeren vil dette endre problemene i modellen og gjøre tilsynet ytterligere problematisk. I modellen har man analysert problemet som asymmetrisk informasjon. Det er en problematisk antagelse fordi det ikke nødvendigvis er slik at sykehjem og Helsetilsynet er bedre informert enn brukeren. Sannsynligvis vil brukeren være godt informert om erfaringsbaserte kvalitetsdimensjoner i tjenesten. Brukeren vil allikevel ikke ha muligheter til å bruke denne informasjonen til å bedre sin egen situasjon på grunn av begrenset konsumentsoverensett. Videre vil kvalitet på et erfaringsgode gjøre det problematisk for en utenforstående å føre tilsyn med slike dimensjoner av tjenesten.

Siden den delen av tjenesten jeg ser på er teknisk sett relativt enkel vil det ikke nødvendigvis være vanskelig å observere kvaliteten for en sykehjemsbruker. Informasjonsproblemene vil være små i forhold til andre helsetjenester som er mer kompliserte og tekniske. Dette vil si at det i utgangspunktet ikke skal by på store problemer å avdekke kvalitetssvikt for en bruker som kan erfare alle disse dimensjonene ved tjenesten selv. Det vil være i brukerens egeninteresse å sikre at agenten leverer varen på en tilfredsstillende måte. Mulige årsaker til begrenset konsumentsoverensett er som nevnt tidligere ulik grad av aldersdemens. Hvis brukerne har konsumentsoverensett vil man kunne overvåke deler av tjenesten selv og kunne komme med innspill og klager ved kvalitetssvikt selv. Når brukerne har begrenset konsumentsoverensett vil de være maktesløse uansett hvilken informasjon de sitter inne med. Det vil føre til at brukeren er helt avhengig av innsatsen tilsynsenheten legger ned i arbeidet sitt fordi de ikke kan benytte seg av klagemulighetene sine eller på annen måte informere om kritikkverdige forhold. At brukerne er avhengig av at andre gjør denne oppgaven øker insentivproblemet i forhold til informasjonsproblemet som ligger til grunn i modellen fordi sykehjemsbrukeren er fullstendig avhengig av at andre fører tilsyn med tjenesten. Brukeren klarer ikke å overvåke og sikre at tilsynet gjør denne jobben tilfredsstillende. Problemet blir hvem skal føre tilsyn med tilsynet å sikre at de gjør jobben tilfredsstillende. Denne avhengigheten av andre er ikke et informasjonsproblem men et problem knyttet til det å ikke kunne handle i egeninteresse, altså begrenset konsumentsoverensett (Eika, 2006a).

Hvis problemet ligger i at brukeren har begrenset konsumentsoverensett ligger problemet i en dårlig informasjonsflyt fra bruker til Helsetilsynet. Ved å identifisere

brukerens problem knyttet til begrenset konsumentsoverensettelse, som sårbarhet og begrensede muligheter til å handle ut fra egeninteresse, kan man forklare hvordan feil ved offentlig tilsyn kan arte seg. Problemet med å føre tilsyn med tjenesten blir betraktelig større for en utenforstående fordi mange av dimensjonene av tjenesten er vanskelige å observere for en utenforstående. Det er kun brukeren og sykehjemmet som kan observere slik kvalitetssvikt. Bruk av tvang vil være en slik kvalitetssvikt som Helsetilsynet ikke vil kunne observere. Helsetilsynet må da legge ned en større innsats for å oppdage kvalitetssvikten fordi brukeren ikke kan gi noen god tilbakemelding om sine egne erfaringer og observasjoner (Eika 2006a).

Modellen har et fokus på at tilsynet skal produsere verifiserbar informasjon. Kvaliteten på et erfaringsgode er ikke verifiserbar, det vil si at den ikke kan måles og fremstilles på en troverdig og allmenngyldig måte. Tilsynets oppgave er å føre tilsyn med tjenesten ikke nødvendigvis hver enkelt bruker. Den vurderingen som indikerer god kvalitet fra Helsetilsynets side er ikke det samme som at sykehjemsbrukeren vurderer at kvaliteten på tjenesten er god. Ovenfor offentligheten vil det være et informasjonsproblem. Offentligheten vil være den som hjelper sykehjemsbrukeren med å utbedre kvalitetssvikt når ikke brukeren klarer dette selv. Siden offentligheten kun har tilgang på informasjon fremlagt av tilsynet kan viktig informasjon gå tapt og man vil ha problemer med å utbedre kvalitetssvikten.

Svekket informasjonsflyt kan til en viss grad forklare mulighetene for at man overvåker kvalitet i sykehjem på en gal måte og at man vekter de ulike dimensjonene feil, bevisst eller ubevisst. Dette gir også en forklaring på muligheten for å overse ikke-verifiserbare aspekter ved kvalitet i sykehjem ved at man bruker tilsynelatende enkle allmenngyldige indikatorer. Det vil være muligheter for at enkelte av aspektene ved kvalitet i tjenesten vil bli ignorert og misrepresentert fordi de er så vanskelig å måle. Det kan være tilfellet for å måle bruk av tvang i tjenesten. Pleie- og omsorg handler i stor grad om ikke-verifiserbare dimensjoner som sosiale relasjoner og skjønnsmessige aspekter. Det kan være vanskelig å produsere verifiserbar informasjon om slike dimensjoner. Indikatorer på slike mål er vanskelige å finne og hvis de brukes er de ikke nødvendigvis representative for de kvalitetsdimensjonene de skal måle. Når deler av tjenesten er av en slik karakter, hvordan skal man da kunne definere og måle god kvalitet i tjenesten? Definisjons- og verifiseringsproblemer kan føre til et fokus på indikatorer som er enkle å observere og enkle å bruke som informasjon i en tilsynsrapport.

Samhandling mellom aktørene kan føre til uheldig samarbeid på bekostning av brukeren sier Tirole (1986). Ved at brukeren har begrenset konsumentsoverensettelse vil brukeren ha få muligheter til å oppdage samarbeidet. Slike uheldige samarbeid kan være en form for stillestående overenskomst mellom tilsynet og sykehjemmet hvor man ”ser igjennom fingrene på kvalitetssvikt”. Ved å avdekke kvalitetssvikt i denne tjenesten vil det føre til mer arbeid i etterkant for begge parter. Sykehjemmet må sannsynligvis utbedre denne svikten. Helsetilsynet i fylkene må sannsynligvis klargjøre for Statens Helsetilsyn omfanget og muligens hvorfor denne svikten ikke har blitt oppdaget før. Videre er tilsynet et offentlig organ som har et ansvar for at lovbrudd blir avdekket og at lovbruddene blir utbedret. En lav utbedring av lovbrudd kan være en form for uheldig samarbeid.

3. Empiriske funn

3.1 Innledning

Jeg vil undersøke om den svake informasjonsflyten fra bruker til helsetilsynet kan være et problem for å avdekke kvalitetsvikt i sykehjemstjenesten. For å diskutere funnene fokuserer jeg på følgende spørsmål: Er det åpenbare mangler i måten tilsynet innhenter informasjon om tjenestekvalitet og i dokumentasjonen som foreligger? I så fall er det rimelig å se på dette som tilsynssvikt. Jeg vil bruke modellrammeverket jeg gikk gjennom i forrige kapittel for å diskutere årsakene til denne tilsynssvikten. Det er da naturlig å se på kvalitetsdimensjoner som har karakter å være et erfaringsgode. Jeg vil undersøke om det er grunnlag for å forstå dårlig kvalitet på data for slike kvalitetsdimensjoner som et resultat av uheldig samarbeid mellom Helsetilsynet og det enkelte sykehjem. Et slikt samarbeid vil være vanskelig å oppdage på grunn av sykehjemsbrukerens svake posisjon og da vil mulighetene for at et slikt samarbeid inntreffer øke betraktelig. Dette kan være en av grunnene til at man overser viktig informasjon og denne ikke blir dokumentert. Videre vil den dokumentasjonen som faktisk foreligger om erfaringsbasert kvalitet ikke nødvendigvis være spesielt nyttig fordi den ikke gir noen relevant informasjon om problemene som foreligger.

Som nevnt tidligere finnes det mange eksempler på erfaringsbaserte kvalitetsdimensjoner innen tjenesten. Jeg vil bruke bruk av tvang i tjenesten som et eksempel fordi tvangstiltak i sykehjem er utbredt og da spesielt ovenfor aldersdemente. Tvang defineres som *”bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåkning med elektroniske redskaper og tilsetting av medisiner i mat og drikke.”* (Kirkevold mfl, 2000). Dette er også definisjonen Helsetilsynet bruker. Det vil være problematisk for et utenforstående tilsyn å innhente relevant data om bruk tvang fordi det i liten grad kan observeres i etterkant. Videre må tvangstiltak vurderes skjønnsmessig om det faktisk er tvang eller ikke. Derfor vil dokumentasjonen og informasjonen om tvang kunne manipuleres i enkelte tilfeller. Landsomfattende tilsyn med helsetjenester for aldersdemente

viser at bruk tvang er et problematisk område fordi lovverket er dårlig utbygd og fagkompetanse på å behandle blant annet sykehjemsbrukere ikke er god nok (Statens Helsetilsyn, 2001). Når rapporter og forskning indikerer at bruk av tvang kan være utbredt og at lovverket som eksisterer er dårlig utbygd kan dette tyde på at Helsetilsynet kun avdekker ”toppen av isfjellet”. Grunnen til at jeg velger å se på tvang er at dette er en standard som er relativt enkelt å beskrive og det foreligger flere rapporter fra Helsetilsynet som omhandler bruk av tvang og rettighetsbegrensinger. Problemene med å innhente informasjon om tvang kan illustreres med et enkelt eksempel.

Eksempel på mål av tvang i sykehjemstjenesten

I tilsyn der Helsetilsynet har undersøkt bruk av tvang i tjenesten har ”bruk av sengehest” vært en av flere indikatorer for å måle tvang. Bruk av sengehest skal sikre at brukeren ikke faller ut av sengen om natten. Og sikre at brukeren ikke vandrer rundt om natten uten oppsyn, som kan føre til at de for eksempel faller. Dette er altså et tiltak for at brukeren ikke skal skade seg når man ikke har mulighet til å holde oppsyn med personen. Mange av brukere klarer ikke ”å ta ned” denne sengehesten hvis de for eksempel skal på do. Og vil naturligvis føle at bruk av sengehest er tvang og en krenkelse av egen frihet. Mens andre vil kanskje føle at dette er en trygghet, fordi de er redde for å falle ut av sengen. I tilsynsrapporter går det frem at ulike sykehjem har ulik oppfatning av om bruk av sengehest er tvang eller ikke. Dette viser at både personell og brukere ved et sykehjem vil ha ulik skjønnsmessige tolkninger av bruk av sengehest som mål på tvang. Bruk av sengehest er lett å registrere, og kan derfor brukes som en indikator for bruk av tvang. Samtidig er det en problematisk indikator fordi bruk av sengehest ikke nødvendigvis sier noe informativt om bruk av tvang. Videre kan informasjon man får fra en slik indikator enkelt manipuleres ved å la være å dokumentere den. Sykehjemsbrukeren gir i de fleste tilfeller ikke tilbakemelding på bruk av sengehest, dette er samsvarende med forutsetningen i kapittel 2 om at de har svake stemmer. Helsetilsynet har få muligheter til å føre tilsyn med bruk av sengehest på annen måte enn det som er dokumentert, det som kommer frem ved befaring av sykehjem og samtaler med personell og eventuelt pårørende. Deler av denne informasjonen vil ikke Helsetilsynet kunne etterprøve og man er da avhengig av at sykehjemmets rapportering er sannferdig. Dette eksempelet illustrerer mulighetene for de data som man samler inn om bruk av tvang kan være mangelfulle, av dårlig kvalitet og enkle å manipulere.

I det følgende vil jeg redegjøre for lovverket som regulerer sykehjemstjenesten og spesielt hva lovverket sier om bruk av tvang i tjenesten. Videre vil jeg undersøke hvordan Helsetilsynet innhenter informasjon om kvalitetssvikt i tjenesten og spesielt bruk av tvang. Dels er dette basert på at sykehjemmet selv utarbeider dokumentasjon av hvordan tjenesteutøvelsen foregår, herunder eventuelt bruk av tvang i tjenesten. I 2001 ble det utført et landsomfattende tilsyn av helsetjenestene for aldersdemente som jeg også vil se på. En av problemstillingene de tok for seg i 2001 var bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt. Jeg vil særlig se på tilsynet i Buskerud fylke. Jeg har også gjort et intervju med en ansatt i Helsetilsynet i Buskerud. Det var et enkelt intervju der jeg hentet informasjon jeg ikke fant i skriftlige kilder om bruk av tvang. Dette intervjuet ble brukt som et supplement til de skriftlige kildene.

3.2 Kvalitet i sykehjem og lovverket

Kvalitet i sykehjemstjenesten består av helse, personlig omsorg og sosiale tjenester som blir gitt til en bruker over en lengre periode. Denne tjenesten blir gitt fordi brukeren selv ikke har mulighet eller evne til å ta vare på seg selv fordi brukeren er psykisk eller fysisk redusert som følge av sykdom eller alderssvækkelse. Sykehjemstjenesten blir en av del brukerens hverdag og en del av brukerens livsstil. Denne tjenesten er en kontinuerlig aktivitet som endres etter hvordan brukerens helse endres og hvordan sykdomsforløpet endres. I de fleste tilfeller er sykehjemsplassen brukerens siste hjem og de fleste brukerne ender sitt liv ved denne institusjonen. Dette fører til at kvaliteten i en slik tjeneste er meget viktig for å sikre brukerne en verdig avslutning på livet sitt. Allmenntilstanden til de ulike brukerne vil selvfølgelig variere en del. Men et utbredt problem vil være at mange av brukerne ikke kan redegjøre for sine egne behov eller være i stand til å klage. Dette gjelder spesielt aldersdemente som utgjør en stor prosentvisandel av sykehjemsbrukerne 78 % i følge Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (Kirkevold mfl, 2000). Videre vil bruk av tvang være spesielt utbredt ovenfor denne typen brukere.

For tilsynsvirksomheten er det de krav lovverket stiller til kvalitet i sykehjem som er det relevante. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester i den norske lov gir en pekepinn om viktige moment som skal være med. *”Kvalitetsforskriften har som formål å supplere og utdype allerede eksisterende regelverk, med vekt på grunnleggende behov og*

kvalitet i pleie- omsorgstjenesten i kommunene.” Det er lovverket som ligger til grunn når man skal sikre kvaliteten i disse tjenestene. Lovverket brukes for å sette et minimumskrav for kvalitetsstandardene. Hvor godt loven blir overholdt i det enkelte sykehjem er et viktig mål for Helsetilsynet på hvor god kvalitetsstandarden er.

Kvalitetsforskriften

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene retter søkelys mot brukerne av pleie- og omsorgstjenestene, her inngår altså sykehjemstjenesten. Kvalitetsforskriften setter opp en rekke punkter som skal være oppfylt for at brukerne av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredstilt grunnleggende behov. I disse punktene, det er 16 av dem, finnes det en rekke begreper som skal tolkes på forskjellige måter. Begrep som respekt, trygghet og selvstendighet er bare noen få av mange mulige begrep som har skjønnsmessige tolkninger. Når man skal gi en beskrivelse av kvalitet i sykehjemstjenestene blir det naturlig å referere til kvalitetsforskriften. Man må likevel være klar over at dette er kun en forskrift som tar for seg viktige moment om hva kvaliteten innebærer og hvilke minimumskrav som stilles. Dette vil alltid finnes omstendigheter og enkelttilfeller som forskriften, og lovene som denne forskriften er basert på ikke dekker. Det vil derfor være umulig å dekke alle dimensjoner av kvalitet i sykehjem i et slikt lovverk.

I § 1 i forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten står det at dens formål er:
”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.”

Andre viktige lover

- Lov om helsetjeneste i kommunene
- Lov om sosiale tjenester
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om helsepersonell
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om sykepleietjenesten i kommunens helsetjeneste
- Forskrift om sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie

- Forskrift om pasientjournal.

Sykehjemmet og Helsetilsynet har et komplekst lovverk å forholde seg til. Helsetilsynet overordnede oppgave er å sørge for at sykehjemmet overholder dette lovverket og avdekke eventuelle lovbrudd.

3.2.1 *Lov om statlig tilsyn med helsetjenestene og Helsetilsynet*

Fylkeslegen har myndighet som helsetilsyn i hvert enkelt fylke og er underlagt Statens Helsetilsyn og fylkesmannen. § 2 i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten defineres oppgaven. *”Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.”* Dette innebærer også at tjenestene blir drevet på en forsvarlig måte, svikt i tjenesten forebygges og at ressursene i tjenesten blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte. Det er Helsetilsynet i fylkene som velger tilsynsområde og hvilken virksomhet ut fra lokal kjennskap og risikovurdering. Videre skal Helsetilsynet holde Statens Helsetilsyn orientert om forholdene og om eventuelle avvik. Avvik er definert som lovbrudd. Det er Statens Helsetilsyn som kommer med reaksjoner på lovbrudd som blir avdekket av Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet har også en viktig oppgave i å påse at internkontrollsystemet til den enkelte sykehjem er i orden. Siden internkontrollsystemet skal sikre at sykehjemmet selv fører kontroll med egen virksomhet.

Tilsynet som utføres av Helsetilsynet i fylkene kan deles inn i tre forskjellige kategorier. Det kan være en planlagt aktivitet eller planlagt tilsyn som er en såkalt systemrevisjon. Hvert år velges det også ett eller to områder for landsomfattende tilsyn som utføres som systemrevisjon og gjøres på samme måte over hele landet. Det kan være reaksjoner på hendelser for eksempel gjennom klager som blir behandlet eller andre former for enkelthendelser. Videre kan tilsyn føres med et overordnet perspektiv eller såkalt områdeovervåkning der man innhenter, systematiserer og tolker kunnskap om sosial- og helsetjenestene i et tilsynsperspektiv. Annen informasjon Helsetilsynet får om sykehjemstjenesten vil være gjennom ulike former for forskning og gjennom medieoppslag.

3.2.2 Sykehjemmet og internkontrollforskriften

Sykehjemmet skal selv avdekke og dokumentere kvalitetssvikt gjennom avviksrapportering. Sykehjemmene vil ha ulike praksis og rutiner på dette og kvaliteten på dette arbeidet vil variere. I forskrift for internkontroll i sosial og helsetjenesten stilles krav til hvert enkelt sykehjem med krav om systematiske tiltak og styring av helse- og sosialtjenesten og det legges vekt på sykehjemmets egen kontroll av rutiner og systemer. Internkontrollen kan oppsummeres med sju punkter. Disse punktene er et viktig for å føre tilsyn med bruk av tvang fordi her dokumenteres:

- Prosedyrer som sikrer de viktigste arbeidsprosessene, særlig der det er fare for svikt som kan innebære sikkerhetsrisiko for brukere av helsetjenesten
- Sikring av tjenestuteøvernes kompetanse i forhold til oppgaver
- Avvikshåndtering: virksomhet skal aktivt og systematisk bruke feil/uhell/nestenuhell som ledd i kvalitetsutviklingsarbeidet og gjennomføre systematisk kontroll med egen virksomhet for å se at man etterlever myndighetskravene og oppnår de mål som settes

Det skal gå frem av pasientjournaler, kardex og pleieplaner hvis tvangstiltak blir brukt og hvem som har gitt tillatelse til bruk av tvang. Videre er sykehjemmet pliktig til å holde all relevant lovverk tilgjengelig om bruk av tvang. Før en systemrevisjon vil sykehjemmet bli kontaktet og det anmodes om å legge frem den dokumentasjonen Helsetilsynet spør etter. Sykehjemmet er ikke lovpålagt å sende inn dokumentasjon om lovbrudd og avviksregistrering til Helsetilsynet. Men det kan bli bedt om å legge frem slik registrering når Helsetilsynet utfører systemrevisjonen. I enkelte tilfeller vil sykehjemmet allikevel rapportere inn til Helsetilsynet om avvik på grunnlag av bruk av tvang. Dette kan skje ved at avviksrapporteringen blir sendt inn til Helsetilsynet basert på enkelthendelser.

3.2.3 Lovverket og bruk av tvang

I kvalitetsforskriften er det særlig tre punkter som omhandler tvang og som skal sikre at dette ikke foregår. Disse punktene er 1) selvstendighet og styring av eget liv, 2) oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet og 3) tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov. Hvordan disse tre

punktene skal forstås i konkrete omsorgssituasjoner forutsetter skjønn. Det vil derfor være vanskelig å måle disse standardene ved bruk av enkle indikatorer og sikre at de blir oppfylt.

I helselovgivningen finnes det ikke et eget regelverk som omhandler bruk av rettighetsbegrensninger og tvang i forbindelse med helsehjelp på kommunalt nivå. Helsehjelp skal i utgangspunktet kun ytes når det er gitt samtykke til det. Dette fremgår av pasientrettighetsloven § 4-1. Aldersdementes samtykkekompetanse omtales i § 4-6. Videre defineres hvilke tiltak som må til for at man skal benytte seg av bruk av tvang. Blant annet må dette være godkjent av lege og av pårørende. Bruk av rettighetsbegrensninger og tvang er straffbare handlinger. Straffelovens prinsipper om nødverge og nødrett kan imidlertid gjøre handlingene rettmessige. Dette gjøres i de tilfeller hvis brukeren står i fare for å skade seg selv eller andre. Ved vurdering om påtvinget helsehjelp ovenfor aldersdemente er i samsvar med myndighetenes krav, må en legge til grunn forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og krav om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4, sammen med nødbestemmelsene i straffeloven § 47 og 48. Det vises også til kommunehelsetjenesteloven § 1-3a som pålegger kommunen å tilrettelegge arbeidet slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde lovpålagte plikter. Lovverket på dette området er komplekst og det stilles derfor store krav til interkontrollrutinene slik at man minimerer bruken av tvang og at tvang ikke brukes unødvendig. På grunn av den svake posisjonen til sykehjemsbrukeren er det mange tilfeller viktig å kunne samarbeide med eventuelle pårørende for å kartlegge brukerens behov. Det er også viktig at sykehjemmet har etablert et system som tydeliggjør hvem som kan utføre denne helsefaglige og etiske vurderingen, samt hvordan vurderingen og eventuelle tvangstiltak skal dokumenteres og følges opp. I følge forskrift om sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie § 3-3 gis det anledning til å anvende beskyttelsestiltak. Her nevnes bruk av sengehest og belte for å hindre bruker i å falle ut av stolen (Statens Helsetilsyn, 2001). Ellers finnes det tvangshjemler som omhandler personer med allmennfarlig smittsom sykdom, ovenfor rusmisbrukere og for enkelte utviklingshemmede. Det er altså få lovhjemler for bruk av tvang i sykehjem og hvis det ikke foreligger hjemmel for dette er det en straffbar handling.

Bruk av tvang vil være en alvorlig type kvalitetssvikt. Tvangstiltak vil være brudd på flere av standardene i kvalitetsforskriften. Videre vil slike tvangstiltak i de fleste tilfeller føles krenkende ovenfor mennesker som i mange tilfeller er hjelpeløse og har begrenset innsikt i sin egen situasjon. Allikevel vil det være slik at personer med demens kan utsette

seg selv eller andre for skade og i noen tilfeller gå til grunne hvis de motsetter seg nødvendig hjelp fra andre. Det vil derfor være nødvendig i enkelte situasjoner at pårørende og sykehjemspersonell utøver tvang for å gi personen med demens nødvendig omsorg. Det er viktig å begrense bruken av tvang og forsøke å finne løsninger der slik bruk kan unngås. I mange tilfeller vil man finne slike løsninger hvis man har nok tid og ressurser. Det vil allikevel oppstå situasjoner der man kommer i det dilemmaet hvor man må ta et valg mellom å bruke tvangstiltak eller å la være å gi nødvendig helsehjelp.

3.3 Helsetilsynet og informasjon om bruk av tvang

Informasjon som hentes inn kan være av både skriftlig og muntlig art. Informasjonen som kommer frem vil være av ulik kvalitet og må derfor vurderes skjønnsmessig om den kan brukes som bevis på eventuelle lovbrudd. Målet med informasjonen som blir hentet inn er å få et mest mulig riktig bilde av forholdene ved sykehjemmet. Dette forutsetter at man får tak alle relevante og nødvendige opplysninger om tvang. Kravene til informasjonen som blir gitt i tilsynsrapportene er at de skal være presise, etterprøvbare, dokumenterbar og relevante i forhold til kriteriene de skal bedømmes mot sier Helsetilsynets prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon (1999).

3.3.1 *Bruk av tvang og tvangstiltak*

For å kunne innhente informasjon om tvang har Helsetilsynet en klar definisjon på hva tvang er, hvilke tiltak som kan sees på som tvang og hvilket lovverk som gjelder. Dette er viktig bakgrunnskunnskap for å kunne kartlegge bruk av tvang. For å avdekke tvang i det enkelte sykehjem skal Helsetilsynet innhente informasjon om hvilke tiltak som faktisk blir brukt, hvilke brukere det ble brukt ovenfor, hvilke personer som har godkjent bruk av tvangstiltakene og hva som lå til grunn for bruken. Helsetilsynet skal også innhente informasjon om hvilke rutiner sykehjemmet har på av bruk tvang, altså hva som skriftlig dokumenteres av det jeg har nevnt over og hvilken kontroll man har på bruk av tvangstiltak. Videre skal Helsetilsynet innhente informasjon om hvilken oppfatning sykehjemspersonellet har om hva tvang er, hvilken generell kunnskap de har om bruk av tvang og deres eget forhold til bruk av tvang.

Fra veileder for fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester for aldersdemente 2001 som omhandler bruk av rettighetsbegrensninger og tvang (Statens Helsetilsyn, 2001) går det frem at det ble anbefalt at Helsetilsynet benytter seg av forskning fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (Kirkevold mfl, 2000) for å definere tvangsbruk og ulike tvangstiltak. Dette er den definisjonen som ble beskrevet innledningsvis og tvangstiltakene er oppsummert nedenfor. Det fremgår av intervju med en person i Helsetilsynet i Buskerud at hun har den samme oppfatning av hva som er tvang og hva som kan beskrives som tvangstiltak (Informant, Helsetilsynet i Buskerud). Videre anmodes det i denne veilederen til at det bør være et fokus på forebyggende arbeid og hvilke systemer sykehjemmet har for å kontrollere eventuell bruk av tvang.

- Tiltak som hindrer bevegelse
 - Sengehest uten beboers samtykke
 - Sele, sengebelte eller annen fiksering i seng
 - Sele, belte eller annen fiksering i stol
 - Skjerming i form av innelåsing i eget rom
 - Fysisk tilbakeholdelse
- Tiltak som går på overvåking
 - Alarmbrikke som automatisk låser dør når beboer nærmer seg døren
 - Alarmbrikke som varsler med lydsignal til vaktrom eller personsøker når beboer går ut
 - Alarmbrikke på beboeren – gir elektronisk søkemulighet
 - Alarm som varsler når pasienten forlater senga
- Medisinsk undersøkelse eller behandling mot pasientene vitende eller vilje
 - Medisin tilsatt i mat eller drikke
 - Fysisk tvang er brukt ved undersøkelse av beboeren
- Forhold i forbindelse med daglig omsorg
 - Holding av hender, føtter eller hode under stell
 - Dusjing eller bading som pasienten fysisk motsetter seg
 - Dusjing eller bading som pasienten verbalt motsetter seg

- Henting av beboeren til bading/dusjing med tvang
- Mating av beboeren med tvang

Om disse tiltakene gir en god eller dårlig beskrivelse av bruk av tvang kan diskuteres. Hvis man allikevel bruker disse kriteriene for å føre tilsyn med bruk av tvang og disse tvangstiltakene kunne observeres av det utenforstående tilsynet så skulle det være en relativt enkel oppgave å avdekke bruk av tvang. Problemet er at tvangstiltak ikke kan observeres av utenforstående. Videre hvis sykehjemsbrukerne ikke hadde hatt begrenset konsumentsuverenitet ville det være det vært naturlig å bruke sin stemme mot slike tiltak fordi de vil føles krenkende og vil være et brudd på personlig frihet. Dette oppsummer relativt enkelt tilsynsproblemet med kvalitet på et erfaringsgode når brukeren har svak stemme.

3.3.2 Enkelthendelser og informasjon om tvang

Ved hendelsesbasert tilsyn blir det ført tilsyn med enkelt saker. Dette skjer når Helsetilsynet får inn klager, ved innrapporterte avvik og når pårørende eller sykehjemmet av ulike grunner tar kontakt med Helsetilsynet. Det går frem av intervju med en ansatt i Helsetilsynet i Buskerud at klager på bruk av tvang er sjelden. *”I løpet av de siste ti årene kan man telle på en hånd klagesaker på dette området”*. Ingen av disse klagesakene kom direkte fra bruker (Informant, Helsetilsynet i Buskerud).

Ved problematiske situasjoner eller når man lurere på problematiske spørsmål med hensyn på tvang blir Helsetilsynet i noen tilfeller kontaktet av sykehjemmet eller av pårørende. Det vil være en del av Helsetilsynets jobb å komme med veiledning og råd ved slike saker. Virksomhetene anmodes om å rapportere inn til Helsetilsynet om spesielle forhold. Det føres ikke statistikk på dette området for Buskerud og det vil derfor være vanskelig å si noe om hvilken informasjon som kommer frem og hva som blir avdekket i disse tilfellene. Det er allikevel slik at denne informasjonen til en viss grad blir brukt når man vurderer hvor man skal utføre systemrevisjon (Informant, Helsetilsynet i Buskerud).

3.3.3 Områdeovervåkning og informasjon om tvang

Områdeovervåkning er en overordnet form for tilsyn og vil derfor ikke brukes direkte til å samle inn informasjon om bruk av tvang. Tilsyn med bruk av tvang vil foregå på detaljnivå. Områdeovervåkning vil allikevel kunne brukes i form av kartlegginger med bruk av tvang. Og gjennom forskning på hvordan man skal innhente informasjon om tvang.

3.3.4 Systemrevisjon og informasjon om bruk av tvang

Systemrevisjon innebærer en systematisk gransking av sykehjemmet. Gjennomføringen av en systemrevisjon vil bestå av at Helsetilsynet gjennomgår skriftlig dokumentasjon og at personell på ulike nivåer blir intervjuet. Videre vil Helsetilsynet ta stikkprøver eller såkalte verifikasjoner der man skal avklare om rutiner og prosedyrer er kjent og brukes i praksis. Helsetilsynets jobb ved en systemrevisjon er å avdekke kvalitetssvikt altså rene lovbrudd og avdekke uheldige forhold som på sikt kan føre til at tjenesten blir drevet uforsvarlig og lovbrudd oppstår. I 2001 ble det foretatt i landsomfattende tilsyn med helsetjenesten til aldersdemente der man førte tilsyn med blant annet sykehjem i hele Norge. En av fire problemstillinger ved dette tilsynet var bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt. I tidsperioden 1998-2002 var Helsetilsynet i Buskerud i sykehjem i samtlige av de 21 kommunene i Buskerud i forbindelse med det landsomfattende tilsynet. Ved gjennomgang av 19 av disse tilsynsrapportene fant jeg det var gjort 7 merknader og 6 avvik til sammen. Avvik er rene lovbrudd Helsetilsynet avdekker, mens merknad er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndighet finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

For å gjøre en kort oppsummering så omhandlet avvikene og merknadene som ble avdekket i de 19 systemrevisjonene låste dører, sykehjemmets rutiner, manglende avklaring av bruk av tvang med pårørende og i to tilfeller gikk det ikke frem grunnen til avviket. Det ble avdekket 5 merknader og 3 avvik der rutinene var en viktig del av de kritikkverdige forholdene, ellers var låste og stengte dører avdekket i 2 avvik og 2 merknader. Det må

påpekes at ved et avvik kunne det inngå flere moment. I et tilfelle inngikk både låste dører, dårlige rutiner og avklaring med pårørende.⁴

Ved systemrevisjon er Helsetilsynet lovpålagt å besøke en virksomhet i kommunene hvert tredje år. Det er altså en virksomhet, ikke nødvendigvis et sykehjem. Pleie- og omsorgstjenesten som sykehjemstjenesten er en del av stor og viktig del av helsetilbudet i hver kommune. Det vil derfor være naturlig å føre tilsyn med denne type tjeneste relativt ofte. Systemrevisjon er en ressurskrevende måte å føre tilsyn på. På forhånd innhenter man og gransker dokumentasjon fra sykehjemmet. Dette skjer 1-2 måneder før selve revisjonen. Selve systemrevisjonen vil ta 1-1 ½ dag, der gjør man intervjuer med personellet og foretar en befaring av sykehjemmet. Slike typer tilsynsbesøk vil være anmeldt på forhånd. Det benyttes i liten grad av uanmeldte besøk. Det er muligheter for det, men det anmodes fra Statens Helsetilsyn at slike tilsyn ikke benyttes. Man er av den erfaring at slik type besøk ikke avdekker noe flere kvalitetssvikt enn ved anmeldte besøk (Informant, Helsetilsynet i Buskerud).

Dokumentasjon

En viktig del av systemrevisjonen vil være dokumentasjonsgransking. Helsetilsynet vil be sykehjemmet om å oversende relevant dokumentasjon når de blir varslet om systemrevisjonen. Denne dokumentasjonen vil være i henhold til internkontrollforskriften. Viktige dokument som bør oversendes i følge veileder for fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester for aldersdemente er prosedyre for bruk av tvang og rettighetsbegrensninger og retningslinjer for enkeltvedtak med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven (Statens Helsetilsyn, 2001).

Intervju

Det blir intervjuet minst 8 av personellet fra ulike nivå i sykehjemmet ved en systemrevisjon. Disse vil vanligvis intervjues en og en. Det vil være viktig informasjon hvis to personer har ulik oppfatning av en prosedyre eller hvis to uavhengige kilder kan bekrefte et avvik. Videre vil ikke brukere blir intervjuet da man er av den oppfatning av at slike intervju gir begrenset

⁴ Se vedlegg 3 for utdrag fra de 19 tilsynsrapportene som omhandler avvik og merknader ved bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt.

informasjon. Brukersynspunkter skal sykehjemmet dokumentere gjennom fremlagt dokumentasjon. Spørsmålene som blir stilt og svarene som blir innhentet vil selvfølgelig variere ut fra hvilken innfallsvinkel man har. Man har allikevel enkelte føringer på hvilke moment som skal med. Når intervju av personell ved sykehjem foretaes om tvang og rettighetsbegrensinger bør disse momentene med i følge veileder for fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester for aldersdemente (Staten Helsetilsyn, 2001):

- Hva mener/hvordan forstår/ har sykehjemmet/kommunen drøftet begrepet tvang
- I hvilke fora har sykehjemmet/kommunen drøftet dette begrepet
- Er myndighetskravene som omhandler bruk av tvang kjent i sykehjemmet/kommunen
- Pleiepersonalets kunnskap om vanlige reaksjoner og adferd hos aldersdemente
- Hvordan sikres brukeren individuelt tilpassede pleie- og omsorgstiltak, herunder rutiner for samarbeid med pårørende/verge/hjelpeverge (for eksempel mht. ivaretagelse av personlig hygiene og naturlige funksjoner)
- Hvordan evalueres pleie- og omsorgstiltakene
- Hva gjøres for å forebygge bruk av tvang, både systematisk tiltak og i forhold til enkelte beboer
- Hvordan får dere oversikt over hvilke pasienter hvor det kan være aktuelt å bruke tvang
- Rutiner for individuell vurdering av behov for bruk av tvang (faglig ansvarlig)
- Hvordan dokumenteres vurderinger og beslutning om bruk av tvang (avgrensing i tid, revurdering av behov for tiltak)
- Hvordan kontrolleres effekten av tvangstiltaket
- Be om navn på eventuelle pasienter hvor tvang blir benyttet og be om konkretisering av tiltakene (bruk av sengehest, legemidler tilsatt mat og drikke, dusjing/bading som den demente motsetter seg etc.)

Befaring og verifikasjoner av tvang

Ved en befaring vil man undersøke pleieplaner, journaler og kardex som skal gi svar på eventuelle tvangstiltak ulike brukere er utsatt for. Videre kan man gjennom befaringer undersøke fasilitetene. Ved en befaring kan man altså gjøre ulike observasjoner som kan

verifisere bruken av tvang. Befaringer som avdekker tvangstiltak kan være låste dører, elektronisk overvåkning, bruk av belter og sengehest. Ved befaring og stikkprøver bør man ha med disse verifikasjonene i følge veilederen for tilsyn med helsetjenester til aldersdemente:

- Pasientjournaler i ordinær sykehjemsavdeling og pasientjournaler i skjermet avdeling (jf. navngitte pasienter fra intervjuene)
 - Fremgår individuelle behov, tiltak og evaluering
 - Fremgår navn på nærmeste pårørende/verge/hjelpeverge
 - Fremgår det samarbeid med pårørende etc. for å sikre medbestemmelse
 - Fremgår bruk av tvang i pasientjournalene for eksempel faglige vurderinger, hvilke tvangstiltak og resultater/konsekvenser av tvangstiltakene
 - Fremgår det hvem som er ansvarlig for beslutningen om bruk av tvang
- Avdelingens avviksregistre for det siste halve året
- Registreringslister eller tilsvarende for bruk av tvang.

3.4 Diskusjon

Forskning fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens viser at bruk av tvang er utbredt i sykehjem. Totalt viste data fra denne forskningen at 35,5 % prosent av brukerne ved somatiske sykehjem var utsatt for tvangstiltak og at hver i gjennomsnitt var utsatt for 10,8 tiltak i løpet av en uke. Forekomsten hos personer med alvorlig grad av demens var 55 %. De viktigste tiltakene var tilsetning av mat i medisiner og bruk av sengehest (Kirkevold mfl, 2000). Videre er bruk av tvang et alvorlig lovbrudd som det kun er hjemmel for i helt spesielle tilfeller og sykehjemsbrukerne er en type tjenestemottakere som er sårbare og mange tilfeller vil ha meget svekket innsikt i egen situasjon. Tvangstiltak ovenfor disse personene vil i mange tilfeller føles som grove overtramp. Dette skulle tilsi at å avdekke denne type kvalitetssvikt burde være en høyt prioritert oppgave.

I tilsynsrapportene jeg har undersøkt viser ingen spesielt høy forekomst av bruk av tvang i tjenesten sammenlignet med forskning gjort på området. Videre kom det frem av

intervjuet jeg gjorde med en representant fra Helsetilsynet i Buskerud at statistikken og informasjon om hendelsesbasert tilsyn er begrenset. Dette kan tyde på at informasjonen som blir hentet inn om bruk av tvang er mangelfull. Videre kan det også settes spørsmålsteget ved metodene Helsetilsynet bruker for hente inn denne informasjonen.

Hvor godt lovverket blir oppfylt vil være den viktigste måten å måle kvalitet i sykehjem. Et poeng her er at Helsetilsynet jobb er å sikre at lovverket blir overholdt og avdekke lovbrudd. Det er ikke nødvendigvis slik at ingen lovbrudd er ensbetydende med god kvalitet på tjenesten. En av grunnene til dette er at lovverket på dette området er komplekst. I sykehjemstjenesten vil debatten om bruk av standarder eller konkrete lovregler være viktig. Bruk av standarder og lovregler i lovverket vil være en avveining mellom å være konkret eller fleksibel og det å ha allmenngyldige regler eller ha mulighet for individuell vurdering (Braithwaite, 1995). Spørsmålet er om man skal bruke enkle lovregler eller skal man bruke standarder når skal måle og føre tilsyn med en slik tjeneste, altså enkel verifiserbar informasjon kontra skjønnsmessig informasjon. Kvalitetsforskriften bruker standarder og det vil da det være vanskeligere å måle kvalitet og avdekke rene lovbrudd fordi standardene kan tolkes forskjellige. Mens hvis man kun er opptatt av enkle indikatorer som bruk av sengehest vil man få begrenset informasjon om kvaliteten i tjenesten er god eller ikke. Ved å se på bruk av sengehest kan man vise hvordan mål av standarder ut fra indikatorer kan være problematisk. Fra kvalitetsforskriften vet jeg at ”selvstendighet og styring av eget liv” er en viktig standard for at god kvalitet på tjenesten blir oppfylt. Bruk av tvang vil da være et brudd på forskriften. Videre vil bruk av sengehest være en indikator på bruk av tvang fra hvordan Helsetilsynet definerer tvang. Jeg vet at bruk av sengehest kan tolkes skjønnsmessig derfor vil det ikke nødvendigvis være uten problemer å bruke en slik indikator som brudd på kvalitetsforskriften.

Man er også klar over at bruk av tvang i sykehjemstjenesten i noen tilfeller er nødvendig for å kunne gi livsviktig helsehjelp. Dette viser at lovverket er klart mangelfullt fordi det er få tvangshjemler for bruk av tvang i helsetjenesten i kommunene og de hjemlene som finnes omhandler ikke aldersdemente sykehjemsbrukere i spesielt stor grad. Dette er ingen kritikk av Helsetilsynet, men viser at man på generelle basis ikke har prioritert området på en tilfredsstillende måte. Helse- og Omsorgsdepartementet har lagt frem forslag om endringer i pasientrettslova § 4-6 om helsehjelp til myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse, og utkast til lovregler om helsehjelp til pasienter som mangler

samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp. Departementet tar sikte på at forslaget til endring i pasientrettighetsloven skal tre i kraft 1. januar 2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Det viser med all tydelighet at området til nå ikke har fått nødvendig prioritet.

3.4.1 Kritikk av Helsetilsynet og informasjon om bruk av tvang

Min kritikk kan oppsummeres som en kritikk av metodene som brukes for å hente inn informasjon om bruk av tvang og en kritikk av hvilket fokus Helsetilsynet har på oppgavene når de fører tilsyn. Kritikken baseres på dokumenter fra Statens Helsetilsyn, intervju med en ansatt i Helsetilsynet i Buskerud og tilsynsrapporter i forbindelse med Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til aldersdemente.

3.4.2 Metodekritikk

Enkelthendelser

Det fins lite statistikk på området som omhandler enkelthendelser ved Helsetilsynet i Buskerud. Dette gjelder i de tilfeller når sykehjem eller pårørende tar kontakt for råd eller veiledning. Det fins også begrenset informasjon om klagesaker på dette området og det blir oppgitt at brukere selv aldri klager på bruk av tvang. Dette er en åpenbar svakhet ved Helsetilsynets arbeid med å innhente av informasjon og data om tvang, at det finnes såpass lite informasjon om enkelthendelser. Siden klagemulighetene ikke benyttes av sykehjemsbrukerne på dette området så er ikke dette en nyttig form for å føre tilsyn med bruk av tvang.

Systemrevisjon

Dokumentasjon

Fra uformelle samtaler jeg har hatt med personell på et sykehjem i Buskerud tyder det på at avviksregistrering til tider kan være mangelfull. I disse samtalene gikk det frem at ulik bruk av tvang som sengehest, tilsetting av medisin i mat, tvang ved dusj og stell ble benyttet uten

at det ikke forelå samtykke verken fra bruker eller pårørende⁵. Fra Nasjonalt Kompetansesenter for aldersdemens viser forskning at ved rutinemessig tvangstiltak er det kun funnet dokumentasjon i 34,5 % av tilfellene og videre av de ikke-rutinemessige tiltakene så er skriftlig dokumentasjon funnet i 27,1 % av tilfellene. Det må nevnes at denne statistikken dekker ikke kun sykehjem, men også skjermede enheter, lov hjemlede bokkollektiv og omsorgsboliger (Kirkevold mfl, 2000). I viktig del av Helsetilsynets arbeid vil være å gå igjennom dokumentasjonen som foreligger ved sykehjemmet. Hvis denne dokumentasjonen er så mangelfull som forskningen tilsier er det av begrenset nytte for Helsetilsynet å gå igjen denne dokumentasjonen fordi ikke vil gi noe riktig bilde av forholdene. Dette tyder på at Helsetilsynet arbeid kan være av dårlig kvalitet fordi dokumentgransking som metode ikke vil kunne avdekke bruk av tvang i noen stor grad og dette er en viktig kilde til informasjon for Helsetilsynet.

Intervju

Ved en slik systemrevisjon blir minst 8 av personellet intervjuet fra ulike nivå ved sykehjemmet. Intervju kan bli analysert ulikt, selv om Helsetilsynet prøver å være objektive og allmenngyldig. Det er også en mulighet for at det oppstår misforståelser mellom intervjuobjekt og intervjuer. Det vil allikevel være den beste informasjonskilden ved en systemrevisjon. Ved et slikt intervju kan man "skreddersy" spørsmålene slik at man kan få flere innfallsvinkler på samme problemstilling. Her kan man undersøke personellens kunnskap om tvang og hvor utbredt bruken er. For å kunne bruke denne informasjonen som bevis må minst to personer komme med de samme opplysningene. Et enkelt men veldig viktig problem i denne sammenheng er at intervjuobjektet er sannferdig. Intervju vil altså være en allsidig metode for hente inn informasjon om bruk av tvang, men all relevant informasjon blir ikke i alle tilfeller benyttet.

Det kan også stilles spørsmål om hvorfor ikke brukere intervjues. Det er mulig at man kunne innhente noe informasjon ved å innføre brukerintervju. Det vil selvfølgelig være problemfylt ovenfor brukere med sterk grad av aldersdemens. Men brukere som ikke er svekket mentalt vil kunne gi noe konstruktiv tilbakemelding. Noe av informasjonen man vil få tak fra et brukerintervju vil kunne være nyttig for tilsynsmyndighetene. Sykehjemsbrukere som er "mentalt oppegående" vil muligens ikke ta initiativ til å klage på egen hånd, men hvis

⁵Jeg har selv jobbet på et sykehjem i flere år. Disse samtaler har vært av uformell art og er basert på informasjon fra kolleger og egne inntrykk.

de blir oppmuntret gjennom et brukerintervju vil disse brukerne være med på å avdekke kvalitetssvikt i ulike tilfeller. Informasjonen om brukerens egne meninger skal komme fra gjennom dokumentasjon slik tilsynet blir ført i dag. Forskning viser at denne dokumentasjonen er mangelfull (Kirkevold mfl, 2000).

Befaring

Ved befaring det vil være en enkel oppgave for sykehjemmet å skjule deler av tvangstiltakene. For eksempel kan man låse opp dører, fjerne elektronisk overvåkning, fjerne belter og reimer og la være å benytte sengehest. Siden Helsetilsynet på forhånd gir beskjed til sykehjemmet om at de kommer på besøk har sykehjemmet mulighet til å skjule deler av tvangstiltakene. Dette vil være en form for manipulasjon av informasjonen som skal være tilgjengelig. Fra intervjuet med Helsetilsynet i Buskerud fremkommer det at man har liten tro på uanmeldte besøk. Grunnen til dette man tror i liten grad at det vil komme frem noen ny informasjon ved slike besøk fordi sykehjemmet trenger tid på å fremskaffe all relevant informasjon. En mulighet kunne være å bruke en kombinasjon mellom anmeldte og uanmeldte besøk slik man muligens kunne avdekke flere tvangstiltak. Ved et uanmeldt besøk vil man kunne i mer direkte grad kunne observere eventuelle tvangstiltak som låste dører, sengehest osv.

Rapporten

Når systemrevisjonen er gjennomført skal man systematisere, tolke og avgrense den informasjonen som har kommet frem. Kravene til informasjonen som blir gitt i tilsynsrapportene er at de skal være presise, etterprøvbare, dokumenterbar og relevante i forhold til kriteriene de skal bedømmes mot. *”Bare informasjon som er tilstrekkelig sannsynliggjort og pålitelig ved opplysninger fra flere og ulike kilder som støtter opp om hverandre, kan betraktes som fakta, og brukes som revisjonsbevis”* sier prosedyre for systemrevisjon som er et styrende dokument fra Statens Helsetilsynet (1999). Dette setter begrensninger for informasjonen om bruk av tvang som kan benyttes i tilsynsrapportene og som blir tilgjengelig for offentligheten. At det stilles slike krav til rapporten er selvfølgelig nødvendig for å sikre objektiv og allmenngyldig informasjon. Men det vil også være en svakhet fordi mange av kvalitetsdimensjonene og svikt ved disse i sykehjemstjenesten vil ikke kunne blir beskrevet fordi de ikke tilfredsstillter kravene til informasjon.

3.4.3 Kritikk av fokus på tilsynsoppgaver

Etter min enkle gjennomgang av de 19 tilsynsrapportene som foreligger fra Landsomfattende tilsyn med helsetjenesten til aldersdemente i Buskerud er min oppfatning at man avdekker generelt færre tvangstiltak ved tilsyn enn forskningen jeg har sett på (Kirkevold mfl, 2000). I disse rapportene ble det avdekket kun 6 rene lovbrudd. Min oppfatning er videre at det er et stort fokus på internkontroll. Dette vil være problematisk fordi det ikke er rutinene i seg selv som gjør kvaliteten på tjenesten bedre. Når man fører tilsyn med rutinene på bruk av tvang vil man ikke avdekke direkte tvangstiltak sykehjemmet bruker. Det kan virke som at Helsetilsynet har et for stort fokus på rutinene og dette ser jeg på som en svikt ved tilsynsoppgavene. Et slikt fokus kan komme av at en forsøker å forebygge bruken av tvang, forsøke å få en allmenn oppfatning av hva tvang er og minimere bruk av tvang. Men når man utfører tilsynet på en slik måte vil man ikke avdekke rene tvangstiltak. Mulighetene for at det store mørke tall på dette området kan man ikke se bort fra, noe som også forskningen tyder på. Videre er det selvfølgelig problematisk å føre tilsyn med elementer Helsetilsynet ikke kan observere selv slik teorien tilsier. Mangelfull dokumentasjon fra sykehjemmet jf Kirkevolds forskning (2000) er en annen side av samme problemet som også tyder på at internkontrollen ikke fungerer. Dette er også min egen erfaring. Dette gjelder både å dokumentere tvangstiltak, hvem som tar avgjørelsen og om det foreligger samtykke.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten har et eget avsnitt om tilsyn med virksomhetenes internkontroll dette tyder på også på at denne delen av tilsynet vil få et høyt fokus. Videre sier prosedyre om systemrevisjon (Statens Helsetilsyn, 1999) at internkontroll ikke skal være et selvstendig tema i revisjonene men som en del av vurderingen om at helse- og sosiallovgivningen følges. Selv om ikke internkontroll har vært et selvstendig tema har Helsetilsynet vært meget opptatt av den som et ledd i at loven blir overholdt.

4. Konklusjon

4.1 Viktige funn

Helsetilsynet fører tilsyn ut fra lovverket. Ingen eller få lovbrudd er ikke ensbetydende med god praksis på sykehjemstjenesten og ensidig fokus på dette lovverket vil føre til at man overser deler av kvalitetssvikten i tjenesten. Spesielt er lovverket mangelfullt når gjelder bruk av tvang, et nytt lovverk på dette området vil bli innført fra 2008.

Helsetilsynet synes å ha for stort fokus på internkontroll og rutiner når det gjelder tilsyn med bruk tvang, framfor å observere tjenesteutøvelsen og hvordan brukerne har det. Hvis dette stemmer er det en åpenbar svikt fordi man da ikke avdekker bruk av rene tvangstiltak. Videre viser forskning at internkontrollen i seg selv heller ikke fungerer godt fordi dokumentasjonen av tvang som skal komme frem i denne kontrollen er mangelfull (Kirkevold mfl, 2000). Samme forskningen avdekker flere tvangstiltak enn det Helsetilsynet gjør, dette tyder også på tilsynsvikt.

Videre tyder mye på at metodene man bruker for å hente inn informasjon ikke fungerer tilfredsstillende og den informasjonen Helsetilsynet henter inn er mangelfull. Begrenset statistikk på enkelthendelser er et eksempel som gir grunn til bekymring. Videre at den informasjonen som blir hentet inn ved systemrevisjon er i høy grad er basert på dokumentasjonen fra sykehjemmet, som man fra forskning vet er mangelfull.

4.2 Stemmer empirien med teorien

Teorien beskriver empirien relativt godt. Kvalitet på et erfaringsgode er et problem fordi det ikke kan observeres av utenforstående. Dette er en beskrivelse som passer godt når man skal beskrive problemene med å føre tilsyn med bruk av tvang. Begrenset konsumentsuverenitet (Eika, 2006a) er videre en god beskrivelse på sykehjemsbrukeren fordi det ikke fins data på at brukerne klager og de blir heller ikke benyttet i intervjuer Helsetilsynet utfører når de skal

innhente informasjon ved systemrevisjon. Dette vil si at deres stemme ikke blir hørt i noen større grad når man fører tilsyn med sykehjemstjenesten. Videre kan man benytte Tirole (1986) til å vise problemene med føre tilsyn med vanskelig observerbar kvalitet hvis man gjør enkelte modifiseringer. En mulig måte å forklare det uheldige samarbeidet som modellen beskriver, er en stilletiende underrapportering av bruk av tvang mellom sykehjem og Helsetilsynet, uten at jeg har data som kan bevise dette.

Referanser/Litteratur

Braithwaite, J og Braithwaite, V (1995): "The politics of Legalism: Rules versus standards in nursing-home regulation, Social and legal studies Vol.4 (1995), 307-341

Eika, K. (2006a). "Powerless or just poorly informed: How does it matter for monitoring?" i *The difficult quality. Essays on human services with limited consumer sovereignty*. Oslo: Department of Economics, University of Oslo.

Eika, K. (2006b). "When quality-effective demand is low", i *The difficult quality. Essays on human services with limited consumer sovereignty*. Oslo: Department of Economics, University of Oslo.

Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A. og Nygård, Aa. (2000): Rettighetsbegrensninger og bruk tvang i norsk eldreomsorg, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven:

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20041223-1837.html>, lastet ned 9/6-2006

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20021220-1731.html>, lastet ned 9/6-2006

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20030627-0792.html>, lastet ned 23/4-2006

Forskrift om lovbestemt sykepleietjenesten i kommunens helsetjeneste:

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-19831123-1779.html>, lastet ned 9/6-2006

Forskrift om pasientjournal: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20001221-1385.html>, lastet ned 9/6-2006

Forskrift om sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie:

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-19881114-0932.html>, lastet ned 9/6-2006

Helse- og omsorgsdepartementet (2006), Ot.prp. nr. 64 (2005-2006): Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utansamtykkekompetanse), <http://odin.dep.no/id/OTP200520060064000NNOHTMO/bn.html>, lastet ned 12/8-2006

Hirschman, A. O. (1970): Exit, Voice and Loyalty. Harvard University Press.

Lov om helsepersonell: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>, lastet ned 9/6-2006

Lov om helsetjeneste i kommunene: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19821119-066.html>, lastet ned 9/6-2006

Lov om pasientrettigheter: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>, lastet ned 9/6-2006

Lov om spesialisthelsetjenesten: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>, lastet ned 9/6-2006

Lov om sosiale tjenester: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19911213-081.html>, lastet ned 9/6-2006

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19840330-015.html>, lastet ned 9/6-2006

Statens Helsetilsyn, Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenesten til aldersdemente, oppsummeringsrapport, 2001 (2002): http://www.helsetilsynet.no/templates/Document_3114.aspx, lastet ned 6/6-2006

Statens Helsetilsyn, Prosedyre for systemrevisjoner (1999): http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_5133.aspx#verifikasjon, lastet ned 25/5 -2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av Flesberg kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2002):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente , lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av Flå kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2002): http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente , lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av Gol kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2002): http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av Hemsedal kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2002):
http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av Kongsberg kommune, senter for aldersdemens, sitt helsetjenestetilbud til demente (2001):
http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente , lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av Modum kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2001): http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av Røyken kommune, Midtbygda distrikt sitt helsetjenestetilbud til demente (2002),
http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn i Sigdal kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):
http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med Hol kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage_3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn i Hurum kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage_3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn i Krødsherad kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage_3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn Ål kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage_3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til demente i Drammen kommune, pleie- og omsorgstjenesten, Åssiden bo- og servicesenter og Fredholt bo- og servicesenter (2004):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage_3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Nedre Eiker kommune, Solberglia bo- og aktivitetssenter, Spinnerisletta bofellesskap for personer med demenssykdom (2004):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage_3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Øvre Eiker kommune, pleie- og omsorgstjenesten i Skotselv /Hokksund distrikt, samt ved Eikertun sykehjem (2004):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Nes kommune (2004):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Ringerike kommune, pleie- og omsorgstjenesten, Heradsbygda omsorgsområde (2004):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente, lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Lier kommune, Liertun og Frogner sykehjem, samt hjemmesykepleien i Egge, Oddevall og Sylling (2004):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente , lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Nore og Uvdal kommune (2004):

http://www.helsetilsynet.no/templates/CategoryPage____3075.aspx#Aldersdemente , lastet ned 1/7-2006

Statens Helsetilsyn, tilsynsmelding 2001 (2002):

http://www.helsetilsynet.no/templates/Search____384.aspx?quicksearchquery=tilsynsmeldin, lastet ned 1/8-2006

Statens Helsetilsyn, tilsynsmelding 2005 (2006):

http://www.helsetilsynet.no/templates/Search____384.aspx?quicksearchquery=tilsynsmelding, lastet ned 1/8-2006

Statens Helsetilsyn, Veileder for fylkeslegenes tilsyn med helsetjenesten til aldersdemente

2001 (2001): http://www.helsetilsynet.no/templates/Document____3114.aspx, lastet ned 6/6-2006

Statens Helsetilsyn, Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten, Rapport fra Helsetilsynet (2003):

http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2003/kommunale_helsetjenester_pleie_omsorgssektoren_tilsynserfaringer_19982003_rapport_092003.pdf, lastet ned 7/8-2006

Tirole, J (1986): "Hierarchies and bureaucracies: On the role of collusion in organizations." Journal of Law, Economics and Organizations

Tirole, J. (1988): The Theory of Industrial Organizations. 2 The MIT Press, Cambridge. Vedlegg

Vedlegg

A: Bevis for proposisjon 1

Lagrangeuttrykket:

$$L = \sum p_i(\theta_i + e_i - W_i) + \mu(\sum p_i U(W_i - g(e_i)) - \bar{U}) + \gamma(W_3 - g(e_3) - W_2 + g(e_2 - \Delta\theta))$$

Dette langrangeuttrykket avhenger bare av $(W_i - g(e_i))$ og $(e_i - W_i)$ for $i \neq 2$. Dette impliserer at $\{e_i - g(e_i)\}$ må bli maksimert for $i \neq 2$ Dvs:

$$i \neq 2 \rightarrow g'(e_i) = 1 \text{ eller } e_i = e^*$$

1. ordensbetingelser:

$$16 \mu U'(W_1 - g^*) = 1$$

$$17 \mu U'(W_2 - g(e_2)) = 1 + \gamma/p_2$$

$$18 \mu U'(W_3 - g^*) = 1 - \gamma/p_3$$

$$19 \mu U'(W_4 - g^*) = 1$$

$$20 1 + \gamma/p_2)g'(e_2) = 1 + \gamma/p_2 g'(e_2 - \Delta\theta)$$

Hvis γ er lik 0 så er insentivbetingelsene ikke-bindende og optimal løsning (fullstendig informasjon) vil finne sted. Men optimal løsning er ikke insentivkompatibel for agenten. Hvis γ er strengt positiv som sammen med 20) og det faktum at g er strengt konveks, impliserer at $e_2 < e^*$. Rangeringen av agentens nyttenivå i forskjellige tilstandene er gitt av likningene 16)-19).

B: Bevis for lemma 1

Nå introduseres tilsynsenhetens individuelle rasjonalitetsbetingelse og koalisjonens insentivbetingelse. I første omgang ignoreres likning 12) fra Modellavsnittet i Teoridelen. Senere sjekkes likning 12) om den er tilfredsstilt.

Lagrangeuttrykket:

$$L = \sum p_i(\theta_i + e_i - S_i - W_i) + v(\sum p_i V(S_i) - V^*) + \mu(\sum p_i U(W_i - g(e_i)) - \bar{U}) + \gamma(W_3 - g(e_3) - W_2 + g(e_2 - \Delta\theta)) + \Pi(S_3 + W_3 - g(e_3) - S_2 - W_2 + g(e_2 - \Delta\theta)) + \epsilon(S_4 + W_4 - g(e_4) - S_3 - W_3 + g(e_3))$$

Legg først merke til at for $i \neq 2$, avhenger Lagrangeuttrykket av e_i og W_i kun gjennom $(e_i - W_i)$ og $(W_i - g(e_i))$. I optimum maksimeres $(e_i - g(e_i))$ som leder til:

$$i \neq 2 \rightarrow e_i = e^*$$

De deriverte av Lagrangeuttrykket mhp S_i , W_i og e_2 gir:

$$21 \quad V'(S_1) = 1$$

$$22 \quad V'(S_2) = 1 + \Pi/p_2$$

$$23 \quad vV'(S_3) = 1 + (\epsilon - \Pi)/p_3$$

$$24 \quad vV'(S_4) = 1 + \epsilon/p_4$$

$$25 \quad \mu U'(W_1 - g^*) = 1$$

$$26 \quad \mu U'(W_2 - g(e_2)) = 1 + (\gamma + \Pi)/p_2$$

$$27 \quad \mu U'(W_3 - g^*) = 1 - (\gamma + \Pi - \epsilon)/p_2$$

$$28 \quad \mu U'(W_4 - g^*) = 1 - \epsilon/p_4$$

$$29 \quad (1 + (\gamma + \Pi)/p_2)g'(e_2) = 1 + ((\gamma + \Pi)/p_2)g'(e_2 - \Delta\theta)$$

Så vises det at agentens individuelle rasjonalitetsbetingelse er bindende, at $\gamma > 0$. anta at $\gamma = 0$. likningene 22), 23), 26) og 27) impliserer at Borchs rule holder mellom tilstand 2 og 3:

$$30 \quad V'(S_2)/V'(S_3) = (U'(W_2 - g(e_2)))/(U'(W_3 - g^*))$$

Men fra agentens individuelle rasjonalitetsbetingelse

$$31 \quad W_3 - g^* \geq W_2 - g(e_2 - \Delta\theta) > W_2 - g(e_2)$$

Likningene 30) og 31) impliserer at

$$32 \quad S_3 > S_2$$

Fra 31) og 32), 14 er ikke-bindende som impliserer $\Pi = 0$, da impliserer 26) og 27)

$$33 \quad W_3 - g^* \leq W_2 - g(e_2)$$

Som motsier 31), altså må $\gamma > 0$

Kan nå vise at likning 14) fra Modellavsnittet i Teoridelen er bindende, altså $\Pi > 0$. Anta at $\Pi = 0$. Likning 22) og 23) impliserer at $S_3 < S_2$ som er umulig fra 14 i Modellavsnittet og det faktum at 11) er bindende. Dette betyr at $\Pi > 0$ og impliserer at $S_2 = S_3$.

Fra 21) og 22), $S_1 > S_2$ og fra 21) og 23) og det faktum at $S_2 = S_3 < S_1$, $e > \Pi$; 21) og 24) impliserer at $S_1 < S_4$

Ser nå på agentens lønn. Likningene 25), 26) og 28) impliserer at $W_4 - g^* > W_1 - g^* > W_2 - g(e_2)$. Også fra likning 13), $W_3 + S_3 = W_4 + S_4$, som impliserer at $W_3 > W_4$.

Tilslutt observer fra 29), $g'(e_2) < 1$ eller $e_2 < e^*$

Å sjekke at likning 12) er tilfredstilt er trivielt, $S_1 > S_2$ og $W_1 - g^* > W_2 - g(e_2)$.

C: Utdrag fra 19 tilsynsrapporter i Buskerud hvor revisjonskriteriet var "Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente.", Statens Helsetilsyn.

Tilsyn med deler av Flesberg kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2002):

"Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente. På dette reviderte området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere verken avvik eller merknader. Det vises imidlertid til hva som fremgår av observasjonene vedrørende merknaden til internkontrollsystemet, omtalt ovenfor, under område 1."

Tilsyn med deler av Flå kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2002):

"Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente. Ved revisjonen ble det ikke gjort funn på dette området som ga grunnlag for å konstatere avvik, men det ble gitt en (1) merknad:

MERKNAD:

Rettighetsbegrensninger, tvang og maktbruk.

Det bør vurderes hvilke tiltak som kan iverksettes for å få en mest mulig samforent oppfatning av hva som menes med begrepene tvang, maktbruk og begrensende tiltak. Hvordan registrering og rapportering av slike hendelser skal skje bør også vurderes.

Det er ikke hjemmel for bruk av tvang, makt og begrensende tiltak i den kommunale pleie- og omsorgstjeneste. Tvang, maktbruk og begrensende tiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov.

Merknaden er basert på følgende observasjoner:

Det kan stilles spørsmål ved om det foreligger en samforent oppfatning blant de ansatte om hva tvangsbegrepet innebærer, herunder hva som er maktbruk, beskyttelsestiltak og rettighetsbegrensninger.

Det foretas ikke rapportering (avviksregistrering) av tvangsbruk / "beskyttelsestiltak".

Tilsyn med deler av Gol kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2002):

"Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente. Ved revisjonen ble det ikke gjort funn på dette området som ga grunnlag for å konstatere avvik, men det ble gitt en (1) merknad:

MERKNAD:

Rettighetsbegrensninger, tvang og maktbruk.

Det bør vurderes hvilke tiltak som kan iverksettes for å få en mest mulig samforent oppfatning av hva som menes med begrepene tvang, maktbruk og begrensende tiltak. Hvordan registrering og rapportering av slike hendelser skal skje bør også vurderes.

Det er ikke hjemmel for bruk av tvang, makt og begrensende tiltak i den kommunale pleie- og omsorgstjeneste. Tvang, maktbruk og begrensende tiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov.

Merknaden er basert på følgende observasjoner:

Det kan stilles spørsmål ved om det foreligger en samforent oppfatning blant de ansatte om hva tvangsbegrepet innebærer, herunder hva som er maktbruk, beskyttelsestiltak og rettighetsbegrensninger."

Tilsyn med deler av Hemsedal kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2002):

"Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente. Ved revisjonen ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere avvik, men det ble gitt en (1) merknad:

MERKNAD:

Rettighetsbegrensninger, tvang og maktbruk.

Det bør vurderes hvilke tiltak som kan iverksettes for å få en mest mulig samforent oppfatning av begrepene tvang, maktbruk og begrensende tiltak. Hvordan registrering og rapportering av slike hendelser skal skje bør også vurderes.

Det er ikke hjemmel for bruk av tvang, maktbruk og begrensende tiltak i den kommunale pleie- og omsorgstjeneste. Tvang, maktbruk og begrensende tiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov.”

Tilsyn med deler av Kongsberg kommune, senter for aldersdemens, sitt helsetjenestetilbud til demente (2001):

”Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente. Det ble ikke gjort funn som ga grunnlag for avvik eller merknad på dette området.”

Tilsyn med deler av Modum kommune sitt helsetjenestetilbud til demente (2001):

”Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente. Ved revisjonen ble det gjort funn som ga grunnlag for å konstatere ett avvik og en merknad:

Avvik:

Inngangs-/ utgangsdørene ved Modumheimen, Avdeling 1, er til enhver tid låst. Dette er det ikke hjemmel for.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det ble observert at inngangsdøren til Avd.1 er låst fra begge sider. Det var ikke hengt opp nøkkel ved døren, den var heller ikke utstyrt med kodelås.

Det ble bekreftet at døren alltid er låst.

Utgangsdøren til Adv.1 befinner seg ikke i umiddelbar nærhet til dør ut av institusjonen. Når man forlater Avd. 1 må man gå gjennom større fellesarealer, bl.a. kantinen, før man når utgangsdører.

Det ble også gjort funn som ga grunnlag for en merknad:

Merknad:

Annen tvangsbruk/ begrensede tiltak som anvendes, men som ikke brukes i samme systematiske grad som låsing av dør i Avd. 1, bør gjennomgås og vurderes. Det er ikke etablert et system som sikrer kontroll og oversikt over bruk av tvang og begrensende tiltak som kan gi grunnlag for analyser og korrigerende tiltak. Låsing av dører kan forekomme opp til flere ganger pr. dag også ved Furulund bofellesskap. Det opplyses at også begrensende tiltak fra tid til annen iverksettes, da først og fremst som beskyttelsestiltak.”

Tilsyn med deler av Røyken kommune, Midtbygda distrikt sitt helsetjenestetilbud til demente (2002):

”Eventuell bruk av rettighetsbegrensninger, tvang og makt i pleie- og omsorgstjenester som gis til demente. Ved revisjonen ble det gjort funn som ga grunnlag for å konstatere ett avvik på dette området.

Avvik:

Avviket baserer seg i første rekke på at rettighetsbegrensninger m.v. iverksettes uten at det foretas systematisk gjennomgang og vurdering før tiltak iverksettes, og på at det heller ikke er system for å foreta avviksregistrering i slike tilfeller.”

Tilsyn i Sigdal kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere verken avvik eller merknader.

De ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i Sigdal kommune har god, innarbeidet kunnskap og bevissthet om hva som anses som bruk av tvang, makt og begrensende tiltak, og om at det ikke er hjemmel for (adgang til) slike tiltak i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Bruk av tvang, makt og begrensende tiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov (jf legalitetsprinsippet), og hvor det i så fall, av rettssikkerhetshensyn, settes klare vilkår for når slike tiltak eventuelt kan iverksettes.”

Tilsyn med Hol kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette reviderte området ble det gjort funn som ga grunnlag for å konstatere ett avvik.

Avvik:

Ved Høgehaug alders- og sykehjem, avdeling A benytters tvangstiltak som det ikke er hjemmel for.

Det er ikke hjemmel for tvangstiltak i pleie- og omsorgstjenesten. Bruk av tvang, makt og begrensende tiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov (jf legalitetsprinsippet), og hvor det i så fall, av rettssikkerhetshensyn, settes klare vilkår for når slike tiltak eventuelt kan iverksettes.

Avviket bygger på følgende observasjoner:

De to utgangsdørene ved Høgehaug alders- og sykehjem, avdeling A (skjermet enhet) er til enhver tid låst.

På den ene døren er muligheten for å åpne den gjort komplisert, ved at det er montert et ”to- hånds vridningssystem”.

Det er ikke ført avviksregistrering /dokumentasjon for bakgrunnen for dører holdes låst.

De ansatte i Distrikt Øst har ikke en samforent oppfatning og bevissthet om hva som anses som bruk av tvang, makt og begrensende tiltak. Det ble opplyst på sluttmøte at det er planlagt undervisning/ temakvelder våren/ forsommeren 2003 for å få en samordnet oppfatning og bevissthet om hva som anses som bruk av makt og begrensede tiltak. Utgangspunktet for dette vil være nylig utarbeidende prosedyrer som omhandler tvang, tvangsprotokoll og samtykkekompetanse.”

Tilsyn i Hurum kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette reviderte området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere

verken avvik eller merknader. Det vises for øvrig til hva som er omtalt ovenfor i kapittel 2 vedrørende tvangsbruk m.v.”

Tilsyn i Krødsherad kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette reviderte området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere verken avvik eller merknader. Det vises for øvrig til hva som er omtalt ovenfor i kapittel 2 vedrørende tvangsbruk m.v.”

Tilsyn i Ål kommune, pleie- og omsorgstjenesten, deler av helsetjenestetilbudet til demente (2003):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere verken avvik eller merknader.

De ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i Ål kommune har god, innarbeidet kunnskap og bevissthet om hva som anses som bruk av tvang, makt og begrensende tiltak, og om at det ikke er hjemmel for (adgang til) slike tiltak i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Bruk av tvang, makt og begrensende tiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov (jf legalitetsprinsippet), og hvor det i så fall, av rettssikkerhetshensyn, settes klare vilkår for når slike tiltak eventuelt kan iverksettes.”

Tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til demente i Drammen kommune, pleie- og omsorgstjenesten, Åssiden bo- og servicesenter og Fredholt bo- og servicesenter (2004):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette reviderte området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere avvik, men det ble gitt en merknad.

Merknad:

Utgangsdørene fra de enkelte etasjer ved Åssiden bo- og servicesenter har et brytersystem som de færreste personer med en mental svikt vil kunne håndtere. Disse dørene fører for øvrig

ikke umiddelbart ut til hovedutgangen i bygget. De som går ut av avdelingene må forsere en rekke hindre for å eventuelt komme seg ut av bygningen på egenhånd.

Det er ikke hjemmel for bruk av tvang, makt og begrensende tiltak i den kommunale pleie- og omsorgstjeneste. Tvang, maktbruk og begrensende tiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov, hvilket pleie- og omsorgstjenesten pr d. d ikke har.”

Tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Øvre Eiker kommune, pleie- og omsorgstjenesten i Skotselv /Hokksund distrikt, samt ved Eikertun sykehjem (2004):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette reviderte området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere avvik. Det ble imidlertid gjort funn som ga grunnlag for å gi en merknad.

Merknad:

Det foreligger ikke en omforent oppfatning av hva som anses som tvang, maktbruk og begrensende tiltak.

Myndighetskrav:

Det foreligger ikke hjemmel for tvang / begrensende tiltak innen pleie- og omsorgstjenesten. Tiltak som pasienter uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg (se pasientrettighetsloven § 4-6, tredje ledd) skal for øvrig avklares med den nærmeste pårørende (samme lov § 4-6, annet ledd).

Merknaden bygger på følgende observasjoner:

Det fremkom at det ikke foreligger en omforent oppfatning blant de ansatte om hva som menes med begrepene tvang, maktbruk og begrensende tiltak.

Det er heller ingen omforent oppfatning av hvilke hendelser som skal registreres og rapporteres som avvik i denne forbindelse. I de tilfeller hvor dører blir låst periodevis blir dette kun registrert i avdelingen. Dette rapporteres imidlertid ikke systematisk videre i virksomheten.

Utgangsdørene til avdelinger for demente fører ikke umiddelbart ut til utgangene som leder ut av bygget.

Det er installert kodelås på dørene til de aktuelle avdelinger. Det opplyses at dørene holdes lukket i kortere perioder, slik at kodelås må tas i bruk for å åpne dem, når det oppstår spesielle situasjoner. Det foretas i slike tilfeller registrering av tidspunkt for avlåsing, samt hva som var årsaken til dette, i en egen bok i avdelingene. Eksempler på årsaker som blir oppgitt er: uro i avdelingene, behov p.g.a. avvikling av matpause for de ansatte, samt redusert bemanning.

Det opplyses at det ikke alltid blir foretatt avklaring med den nærmeste pårørende (pasientrettighetsloven § 1-3, b) før beskyttelsestiltak iverksettes overfor pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Iverksetting av slike tiltak, uten avklaring med den nærmeste pårørende, kan bl.a. skje i tilfeller hvor sengehest blir benyttet.”

Tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Nedre Eiker kommune, Solberglia bo- og aktivitetssenter, Spinnerisletta bofellesskap for personer med demenssykdom (2004):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente.

Avvik:

På dette reviderte området ble det gjort funn som etter en samlet vurdering ga grunnlag for å konstatere ett avvik. Det ble ikke gjort funn som ga grunnlag for å gi merknader.”

Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Nes kommune (2004):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til personer med demenssykdom. På dette reviderte området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere verken avvik eller merknader. Det vises til hva som fremgår ovenfor vedrørende dette området i kapittel 2.

Aktuelle myndighetskrav:

Det foreligger ikke hjemmel for tvang / begrensende tiltak innen pleie- og omsorgstjenesten. Tiltak som pasienter uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg (se lov av 02.07.99, nr 63 om pasientrettigheter § 4-6, tredje ledd) skal for øvrig avklares med den nærmeste pårørende (samme lov § 4-6, annet ledd).”

Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Ringerike kommune, pleie- og omsorgstjenesten, Heradsbygda omsorgsområde (2004):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette reviderte området ble det gjort funn som ga grunnlag for å konstatere et avvik. Det ble ikke gitt merknader.

Avvik:

Det er installert kodelås på utgangsdøren fra den avdelingen som er særskilt tilrettelagt for demenssykdom ved Heradsbygda omsorgssenter. Det er heller ikke etablert et system som sikrer at det foretas avklaring med den nærmeste pårørende når beskyttelsestiltak vurderes tatt i bruk.

Dette er avvik fra:

Det foreligger ikke hjemmel for tvang / begrensende tiltak i disse tilfellene. Tiltak som pasienter uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg (se pasientrettighetsloven § 4-6, tredje ledd) skal for øvrig avklares med den nærmeste pårørende (samme lov § 4-6, annet ledd).

Avviket bygger på følgende observasjoner:

Utgangsdøren til avdeling for personer med demenssykdom (11 plasser) fører ikke umiddelbart ut til hovedutgangen i bygget. Avdelingen ligger i 3. etg.

De som går ut av avdelingen må forsere en rekke hindre før de eventuelt kommer seg ut av bygningen på egenhånd.

Kodelåsen er ikke merket på en måte som gjør det lett for beboerne å finne ut at tallet som er slått opp ved kodelåsen refererer seg til installasjonen som gjør det mulig å åpne døren.

Det opplyses at det ikke alltid blir foretatt avklaring med den nærmeste pårørende før beskyttelsestiltak iverksettes overfor pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Det opplyses at dette kan bl.a. skje i de tilfeller hvor sengehest blir benyttet.”

Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Lier kommune, Liertun og Frogner sykehjem, samt hjemmesykepleien i Egge, Oddevall og Sylling (2004):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til demente. På dette reviderte området ble det ikke gjort funn som ga grunnlag for å konstatere avvik. Det ble imidlertid gjort funn som ga grunnlag for å gi en merknad.

Merknad:

Det er ikke etablert et system som sikrer at det blir avklart med den nærmeste pårørende når beskyttelsestiltak m. v skal iverksettes.

Myndighetskrav:

Det foreligger ikke hjemmel for tvang / begrensende tiltak innen pleie- og omsorgstjenesten. Tiltak som pasienter uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg (se pasientrettighetsloven § 4-6, tredje ledd) skal avklares med den nærmeste pårørende (samme lov § 4-6, annet ledd).

Merknaden bygger på følgende observasjoner:

Det opplyses at det ikke alltid blir foretatt avklaring med den nærmeste pårørende før beskyttelsestiltak iverksettes overfor pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Dette kan bl.a. skje i de tilfeller hvor sengehest blir benyttet.”

Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til personer med demenssykdom i Nore og Uvdal kommune (2004):

”Om det benyttes rettighetsbegrensninger, tvang og makt i den tjenesteyting som gis til personer med demenssykdom. På dette reviderte området ble det, etter en samlet vurdering, gjort funn som ga grunnlag for å konstatere ett avvik. Det ble ikke gjort funn som ga grunnlag for å gi merknader.

Det vises også til hva som fremgår ovenfor vedrørende dette reviderte området i kapittel 2 ovenfor.

Avvik:

Det er ikke etablert et system som kan bidra til å sikre at unødig tvang, maktbruk og begrensende tiltak kan søkes unngått.

Dette er avvik fra:

Det foreligger ikke hjemmel for begrensende tiltak. Tiltak som pasienter uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg (se Lov av 02.07.99 nr 63 om pasientrettigheter § 4-6, tredje ledd) skal avklares med den nærmeste pårørende (samme lov § 4-6, annet ledd).

Avviket bygger på følgende observasjoner:

Det opplyses at det ikke alltid blir foretatt avklaring med den nærmeste pårørende før beskyttelsestiltak iverksettes overfor pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Dette kan bl.a. skje i de tilfeller hvor sengehest, eventuelt belte i stol, blir benyttet.

Det opplyses at utgangsdøren til sjukeheimen i perioder er låst på dagtid. Det foretas ikke registreringer når dette skjer, samt hva som var årsaken.

Det opplyses at tabletter knuses og gis i syltetøy, ikke bare i de tilfeller hvor det er vanskelig for pasienten å svelge, men også i tilfeller hvor pasientene ikke ønsker å ta medisiner.

Det skal ha blitt besluttet at det skal fattes vedtak av fagsjef PRO, før beskyttelsestiltak iverksettes, og i så fall først når den nærmeste pårørende, eventuelt også tilsynslegen, har uttalt seg og samtykket. Slike tiltak skal være tidsavgrenset og de skal evalueres før de eventuelt kan videreføres. Dette er i liten grad kjent, og det fremkom at beslutningen langt fra alltid følges.

Den eventuelle dokumentasjon som foretas når tvang / begrensende tiltak iverksettes forefinnes kun i pasientens journal. Det foretas ikke avviksregistreringer ut over dette.

Tilsynet viste at det ikke foreligger noen omforent oppfatning av hva som menes med begrepene tvang, maktbruk og begrensende tiltak.”

